

**ORIENTATION DES PAYS FRANCOPHONES DE L'AFRIQUE DE L'OUEST ET DU
CENTRE SUR LE PROCESSUS D'OPERATIONNALISATION DU CADRE DE SOINS
ATTENTIFS PAR LE SECTEUR DE LA SANTE.**

09 – 11 Juillet 2019

Hotel ReNdama Libreville, Gabon



Rapport technique

Août 2019



REMERCIEMENTS

Ce rapport est celui de la réunion technique organisée par le Bureau régional de l'OMS pour la région africaine en étroite collaboration avec l'UNICEF et AfECN (African ECD Network).

Les organisateurs remercient les équipes pays du Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Niger, São Tomé et Príncipe et Sénégal qui ont participé à la réunion et ont partagé leurs expériences en matière de renforcement du rôle du secteur de la santé et d'autres organismes compétents pour aider les familles et les autres personnes qui s'occupent des enfants à s'occuper d'eux pendant leurs premières années.

Un mot de gratitude va au Réseau d'action pour le développement de la petite enfance (ECDAN/AFECN), à la Fondation Jacobs, à Lego Foundation, au siège de l'OMS, à PATH, à Plan International, à l'UNICEF NY, à USAID et World Vision International, pour leur soutien technique et financier à la réunion.

Nos sincères remerciements à l'équipe des rapporteurs généraux de la réunion Marius CASSY, Belyse Halmata NGUM et Fousséni DAO



Dans les premières années de la vie, les parents, les membres de la famille immédiate et les soignants sont les plus proches du jeune enfant et donc les meilleurs prestataires de Soins attentifs.

ACCRONYMES

ASC : agent de santé communautaire

ANJE : alimentation et nutrition du jeune enfant

DIJE : développement intégré du jeune enfant

DPE : développement de la petite enfance

GSAN groupes de soutien aux activités de nutrition

MAM : malnutrition aigüe modérée

MAS : malnutrition aigüe sévère

PEC : prise en charge

TME : transmission mère enfant

PTME : prévention de la transmission mère enfant

PCIMA : prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe

SENN : soins essentiels du nouveau-né

SMNI santé maternelle, néonatale et infantile

CONTENTS

REMERCIEMENTS	2
ACCRONYMES	3
CONTENTS.....	4
I. INTRODUCTION.....	5
II. OBJECTIFS DE L'ATELIER	7
III. RESULTATS ATTENDUS DE L'ATELIER	7
IV. METHODOLOGIE DE TRAVAIL / DEROULEMENT	8
V. CEREMONIE D'OUVERTURE.....	8
VI. RECHERCHES ET EVIDENCES SUR LE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT	15
Partenariats avec le secteur privé (Côte d'Ivoire)	26
Pratiques familiales et communautaires (Burkina Faso)	27
TRAVAUX DE GROUPES I	29
TRAVAUX DE GROUPES II	34
VII. CEREMONIE DE CLOTURE	34
VIII. RECOMMANDATIONS.....	34
IX. PROCHAINES ETAPES	35
X. LISTE DES PARTICIPANTS	37
ANNEXE.....	37
PROJET D'ORDRE DU JOUR DE L'ATELIER	42
RÉSULTATS DES GROUPES DE TRAVAIL	46

I. INTRODUCTION

Les enfants ont besoin de soins attentifs pour atteindre leur plein potentiel. Cela englobe les conditions d'une bonne santé, la nutrition, la sécurité et la sûreté, ainsi que des possibilités d'apprentissage précoce pour le jeune enfant, et s'appuie sur des soins attentifs dans tous ces domaines. Le milieu familial est un lieu important pour les soins attentifs des jeunes enfants par les principaux fournisseurs de soins. Mais d'autres peuvent également contribuer aux soins attentifs des jeunes enfants, comme les personnes qui travaillent dans des structures d'accueil organisées. Tous les fournisseurs de soins doivent être habilités et soutenus pour fournir des soins attentifs, ce qui peut être fait au moyen de systèmes, de politiques, de normes et d'informations de soutien.

Le lancement du *Cadre de soins attentifs* le 23 mai 2018, à l'occasion de la 71^{ème} Assemblée mondiale de la santé à Genève, en Suisse, a incité de nombreux pays à demander des orientations sur les modalités de rendre son contenu opérationnel dans le secteur sanitaire et autres.

Cet atelier d'orientation sur l'opérationnalisation du *cadre de soins attentifs* réalisé à Libreville a été la première occasion dans la région de l'Afrique de l'ouest et du centre pour les représentants de neuf pays de partager leurs expériences, d'échanger des bonnes pratiques et de s'informer sur les défis que pose l'intégration des composantes des soins attentifs. Il fait suite à un atelier similaire conduit en anglais du 4-16 Octobre 2018 à Nairobi en Kenya qui a réuni sept pays de la région Afrique orientale et australe.

La réunion de Libreville a donc permis aux équipes de pays de former une communauté d'apprentissage sur ce qui est nécessaire pour la conceptualisation des soins attentifs et sur la manière dont les plates-formes de prestation de services existantes peuvent être renforcées pour aider les femmes enceintes et les familles de jeunes enfants à fournir des soins attentifs.

Pourquoi un *Cadre de soins attentifs* pour le développement de la petite enfance dans le contexte mondial ?

Les Objectifs de développement durable (ODD) et la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ont intégré le développement des jeunes enfants, le considérant comme essentiel à la transformation que le monde cherche à réaliser d'ici 2030. Spécifiquement, un objectif partagé de ces deux cadres est d'assurer que " toutes les filles et tous les garçons aient accès à un développement de la petite enfance, à des soins et à une éducation pré-primaire de qualité afin qu'ils soient prêts pour l'enseignement primaire " (ODD Cible 4.2).

Le concept de développement de la petite enfance s'applique de la conception à l'âge de 8 ans. Il englobe le développement cognitif, physique, du langage, socio-émotionnel et moteur. C'est pendant la grossesse et les 3 premières années de vie que le développement est le plus sensible aux influences extérieures. Dans les premières années, le cerveau se développe à un rythme fulgurant. Il est donc essentiel que le fœtus et l'enfant reçoivent des soins attentifs pour le développement de la petite enfance ; c'est aussi le moment où les enfants sont le plus réceptifs aux interventions.

Cependant près de 250 millions d'enfants, dans les pays à revenu faible et intermédiaire (soit 43 %), risquent de ne pas atteindre leur plein potentiel de développement en raison de la pauvreté et du retard de croissance

seulement, ce qui entraîne des coûts énormes pour les individus, les sociétés, les générations actuelles et futures. On estime que les personnes touchées par un mauvais départ dans la vie subissent une perte d'environ un quart du revenu moyen des adultes par an, tandis que les pays peuvent perdre une somme qui peut représenter jusqu'à deux fois le montant de leurs dépenses courantes en matière de santé et d'éducation au titre du produit intérieur brut.

Les données montrent que les premières années de la vie sont essentielles à la croissance et au développement sain des enfants. Pendant cette période, des voies neuronales essentielles sont formées, elles constituent les bases de la santé, de l'apprentissage, de la productivité et du bien-être social tout au long de la vie. Une convergence unique de preuves et d'engagement pour le droit de tous les enfants d'être en bonne santé et de développer pleinement leur potentiel a permis au développement de la petite enfance de devenir un enjeu important, partagé par tous les secteurs grâce à la promotion des soins attentifs. L'inclusion du DPE dans les ODD a ouvert la voie à une coordination concertée et à des investissements accélérés à l'appui de la réalisation des buts et objectifs des ODD.

Compte tenu de l'importance cruciale de permettre aux enfants de prendre le meilleur départ possible dans la vie, le secteur de la santé a la responsabilité de soutenir les soins attentifs pour le développement de la petite enfance. De plus, le secteur de la santé est dans une position unique pour atteindre les familles et les soignants pendant les premières années de vie.

Le *Cadre de soins attentifs* repose sur les bases de la couverture-santé universelle, avec pour élément principal les soins primaires, essentiels à la croissance et au développement durable, ainsi que sur le continuum des soins des structures de santé jusque dans le cadre familial. Énonçant les cinq actions stratégiques pour promouvoir le développement du jeune enfant, Il s'appuie sur les efforts déjà en cours dans les pays et décrit le rôle important que doivent jouer tous les secteurs, y compris celui de la santé, pour permettre à tous les enfants de se développer de façon optimale et de bénéficier au maximum de l'éducation préscolaire et formelle.

En œuvrant collectivement pour atteindre les objectifs de 2030 qui consistent à ne laisser personne pour compte, il est urgent de faire de l'investissement dans le développement de la petite enfance une priorité dans chaque pays, chaque communauté et chaque famille. C'est pourquoi l'OMS, l'UNICEF, l'OSF, PATH et AfECN ont organisé un atelier réunissant des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest et du centre pour présenter le *Cadre de soins attentifs*. Celui-ci soulignait l'importance d'un environnement propice au développement du jeune enfant, le rôle particulier du secteur de la santé et la nécessité d'investir dans des services de soins attentifs pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

Parmi les pays sélectionnés, certains travaillent déjà, ou se sont engagés à travailler, pour renforcer la réponse du système de santé et soutenir les soins attentifs dans les premières années de vie et investir dans le DPE au sens large, en collaboration avec les partenaires. L'intention est de commencer avec un nombre réduit de pays afin de déterminer comment rendre opérationnel le *Cadre de soins attentifs* dans les pays francophones d'Afrique centrale et de l'ouest et de contribuer à faire progresser la mise en œuvre au niveau mondial.

II. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L'ATELIER

1. Objectifs de l' atelier

L'atelier a visé les six objectifs principaux suivants :

1. Orienter les pays sur le *cadre de soins attentifs* pour le développement du jeune enfant
2. Partager les expériences pratiques des pays en matière de renforcement du rôle du secteur de la santé pour soutenir les soins attentifs au niveau national et au niveau des districts : Leçons apprises et défis à relever
3. Présenter un cadre de suivi et un projet d'indicateurs pour l'évaluation des soins attentifs, au niveau des services, de la population et de l'individu : intrants, produits, résultats et impacts, mesures de fidélité et qualité de la mise en œuvre.
4. Explorer les secteurs ou domaines présentant des besoins de recherches et d'évidences en soins attentifs dans les pays de la région.
5. Élaborer des plans d'action pays spécifiques pour intégrer et institutionnaliser les soins attentifs dans les politiques et systèmes nationaux, en se focalisant sur le secteur santé, avec une attention particulière aux 5 actions stratégiques du cadre des soins attentifs.
6. S'accorder sur les prochaines étapes pour faciliter la mise en œuvre des plans nationaux.

2. Résultats attendus

1. Pays orientés sur le *cadre de soins attentifs* pour le développement de la petite enfance.
2. Expériences nationales partagées concernant :
 - a. Les interventions de soutien aux soins attentifs
 - b. Le renforcement du rôle du secteur santé pour soutenir les familles et les enfants au cours des premières années, au niveau national et au niveau des districts.
3. L'ébauche du cadre de mesure et les indicateurs d'évaluation du développement de la petite enfance sont présentés et discutés.
4. Besoins identifiés en recherches et évidences sur les soins attentifs dans les pays de la région ;
5. Élaboration de plans d'action nationaux spécifiques pour intégrer et institutionnaliser les soins attentifs pour le développement de l'enfant dans les politiques nationales et le système de santé.
6. Accord sur des prochaines étapes clés.

III. METHODOLOGIE DE TRAVAIL ET DÉROULEMENT

L'atelier s'est déroulé en deux phases : une phase préparation pendant laquelle un questionnaire à remplir a été envoyé aux pays dont le principal objectif était de recueillir des informations sur l'état de mise en œuvre des soins attentifs autour de 5 axes stratégiques (AS) :

- ❖ AS 1 – diriger et investir
- ❖ AS 2 – accent sur les familles et leurs communautés
- ❖ AS 3 – renforcement des services
- ❖ AS 4 – suivi des progrès
- ❖ AS 5 – utiliser les données et innover

La deuxième phase a concerné les trois jours de l'atelier qui ont permis aux participants d'accroître leurs connaissances, partager et échanger leurs expériences et proposer des actions par le biais d'exposés, de vidéos montrant des expériences de soins attentifs, de tables rondes, de travaux de groupe suivies de discussions en plénière et de visite de stands d'exposition (market place).

La réunion a rassemblé près de 80 professionnels, représentant 10 pays de l'Afrique de l'Ouest (le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Niger, le Mali, le Sénégal) et du Centre (le Burundi, le Cameroun, le Gabon, la RDC et São Tomé-et-Principe) ainsi qu'une multitude de partenaires. Les équipes-pays étaient composées d'experts techniques du gouvernement, à savoir des ministères de la santé (programmes de santé infantile, santé maternelle et nutrition), de l'éducation nationale et/ou des affaires sociales, de représentants des partenaires locaux et de groupes de recherche. Parmi les partenaires étaient présents Africa Early Childhood Network (AfECN), ECOWAS, Fondation JACOBS, Fondation LEGO, Imagination Africa, PATH, Plan International, TREC, USAID et World Vision, ainsi que des experts techniques des 3 niveaux (national, régional et siège) de l'OMS et de l'UNICEF.

IV. CEREMONIE D'OUVERTURE

La cérémonie d'ouverture a été présidée par le Dr Guy Patrick OBIANG-NDONG, Secrétaire Général du Ministère de la Santé du Gabon, représentant Monsieur le Ministre de la Santé, en présence du Secrétaire Général du Ministère de l'Education Nationale, du Représentant Résident de l'UNICEF-Gabon et du représentant du Représentant par intérim de l'OMS-Gabon.



A l'issue de la session d'ouverture, les travaux de l'atelier se sont poursuivis comme suit :

Introduction aux soins attentifs : Le cadre des soins attentifs et les données probantes à l'appui

La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) est au cœur des objectifs de développement durable. Elle a pour cadre conceptuel un monde dans lequel chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent jouit de ses droits à la santé et au bien-être, tant sur le plan physique que mental. Un élément essentiel de ce cadre conceptuel est que les droits fondamentaux des jeunes enfants leur garantissent les conditions dont ils ont besoin pour survivre et s'épanouir.

V. QUE SONT LES SOINS ATTENTIFS ?

L'expression **soins attentifs** renvoie aux conditions mises en place par les politiques, programmes et services publics permettant aux communautés et aux soignants de garantir aux enfants une bonne santé et une bonne nutrition et de les protéger contre les menaces. Les soins attentifs impliquent également d'offrir aux enfants des opportunités pour l'apprentissage précoce, par des interactions qui répondent aux besoins et apportent un soutien affectif.

Les soignants sont les personnes qui sont les plus proches d'eux de la grossesse à l'âge de 3 ans, et donc les mieux placées pour prodiguer des soins attentifs. Pour que les soignants puissent fournir des soins attentifs, ils doivent être en sécurité, sur le plan affectif, financier et social, avoir des liens sociaux, pouvoir prendre des décisions dans le meilleur intérêt de l'enfant et être confortés dans le rôle important qu'ils jouent dans la vie des enfants dont ils s'occupent.

1. Le cadre des soins attentifs,

Lancé lors de la 71^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé en 2018,

- ✎ Il constitue **une feuille de route** pour l'action qui décrit :
 - i. Pourquoi les efforts doivent commencer dès les premières années, de la grossesse à l'âge de 3 ans
 - ii. Les principales menaces au développement de la petite enfance ;
 - iii. Comment les soins attentifs protègent les jeunes enfants contre les pires effets de l'adversité et favorisent le développement physique, affectif, social et cognitif ;
 - iv. De quoi les familles et les soignants ont besoin pour prodiguer des soins attentifs aux jeunes enfants.

- ✎ Soutenu par des **principes directeurs** :
 1. *Le droit de l'enfant de survivre et de s'épanouir*
 2. *Pour tous les enfants, sans exception.* La couverture universelle et l'accès aux groupes les plus vulnérables sont essentiels pour faire en sorte que tous les enfants atteignent leur potentiel de développement
 3. *Des soins axés sur la famille*
 4. *Une approche sociétale globale* : la nature holistique et l'importance partagée du développement de la petite enfance exigent l'implication de tous les acteurs (gouvernements, société civile, institutions universitaires, le secteur privé et toutes les personnes impliquées dans la prise en charge des jeunes enfants.
 5. *Une action gouvernementale globale*

Pourquoi les efforts doivent commencer dès les premières années, de la grossesse à l'âge de 3 ans

- ✓ A la naissance le cerveau d'un bébé possède presque tout son capital de neurones et, à l'âge de deux ans, un grand nombre de connexions neuronales sont créées à la faveur des interactions et de la stimulation de ceux qui s'occupent de lui. Les connexions non utilisées au cours de cette période sont perdues. Ce développement rapide du cerveau (neuroplasticité) est basé sur notre modèle génétique humain, mais il est orienté par les expériences positives ou négatives du jeune enfant avec son environnement proche.
- ✓ À l'âge de 3 ans, le cerveau d'un enfant est deux fois plus actif que celui d'un adulte. 50 à 75 % de la consommation d'énergie (produite à travers l'alimentation) cours des premières années de la vie est consacrée au développement du cerveau.
- ✓ Les expériences vécues au cours des trois premières années de la vie influencent considérablement le développement futur pendant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, et même le développement humain de la prochaine génération.

Les principales menaces au développement de la petite enfance

- ✓ De mauvaises conditions pendant la grossesse, qui entraîne le faible poids de naissance et des naissances prématurées, augmente le risque de difficultés de développement et de maladies chroniques à l'âge adulte.
- ✓ La malnutrition maternelle, l'exposition aux toxines, l'infection au VIH, la santé mentale des soignants, l'allaitement maternel insuffisant, la malnutrition et le retard de croissance, les maladies, les blessures, la stimulation cognitive limitée, la négligence et la maltraitance, et la violence au sein du domicile et de la communauté
- ✓ L'extrême pauvreté et la lutte pour la survie dans des situations de guerre et de conflit

Comment les soins attentifs protègent les enfants des pires effets de l'adversité

- ✓ Un environnement optimal pendant la grossesse et les trois premières années favorise le développement physique, psychologique, social et cognitif, tandis qu'un environnement défavorable nuit au développement à court terme et, surtout, à long terme
- ✓ Les relations interpersonnelles affectueuses, sécurisées et rythmées par des routines avec les parents et les principaux soignants engendrent de la confiance, l'affection, l'empathie et la maîtrise de soi qui inhibent le crime et la violence.
- ✓ L'adversité incessante, aussi appelée stress toxique lorsqu'elle est sévère, dénuée de soutien et sans possibilités de compensation ou de rétablissement, affecte le développement psychologique et neurologique des jeunes enfants.

De quoi ceux qui prodiguent les soins ont besoin pour fournir des soins attentifs

- ✓ Une bonne santé mentale et de fortes motivations d'affection pour pouvoir comprendre les expériences d'un jeune enfant et gérer, sans hostilité, leurs propres émotions et réactions face à la dépendance de leur bébé.
- ✓ Pour que les soignants puissent fournir des soins attentifs, ils doivent être en sécurité, économiquement et socialement, avoir des liens sociaux, être habilités à prendre des décisions dans le meilleur intérêt de l'enfant et être affirmés dans le rôle important qu'ils jouent dans la vie des enfants à leur charge.
- ✓ Les politiques, les services, la communauté et la famille créent les environnements favorables qui facilitent les soins attentifs.

Les soins attentifs comptent cinq composantes interdépendantes et indissociables : i) la bonne santé, ii) la nutrition adéquate, iii) des soins répondant aux besoins de l'enfant, iv) sécurité et sûreté v) les opportunités d'apprentissage précoce.

Dans de nombreux pays, des services de santé et de nutrition, ainsi que des dispositions relatives à la sûreté et à la sécurité, sont déjà en place mais leur portée et leur qualité doivent souvent être améliorées. Le soutien à la prestation de soins répondant aux besoins et les opportunités pour l'apprentissage précoce sont moins souvent intégrés dans les paquets de services et par conséquent, dans de nombreux contextes, ces composantes nécessitent un investissement spécifique et un renforcement des capacités.

Des soins répondant aux besoins

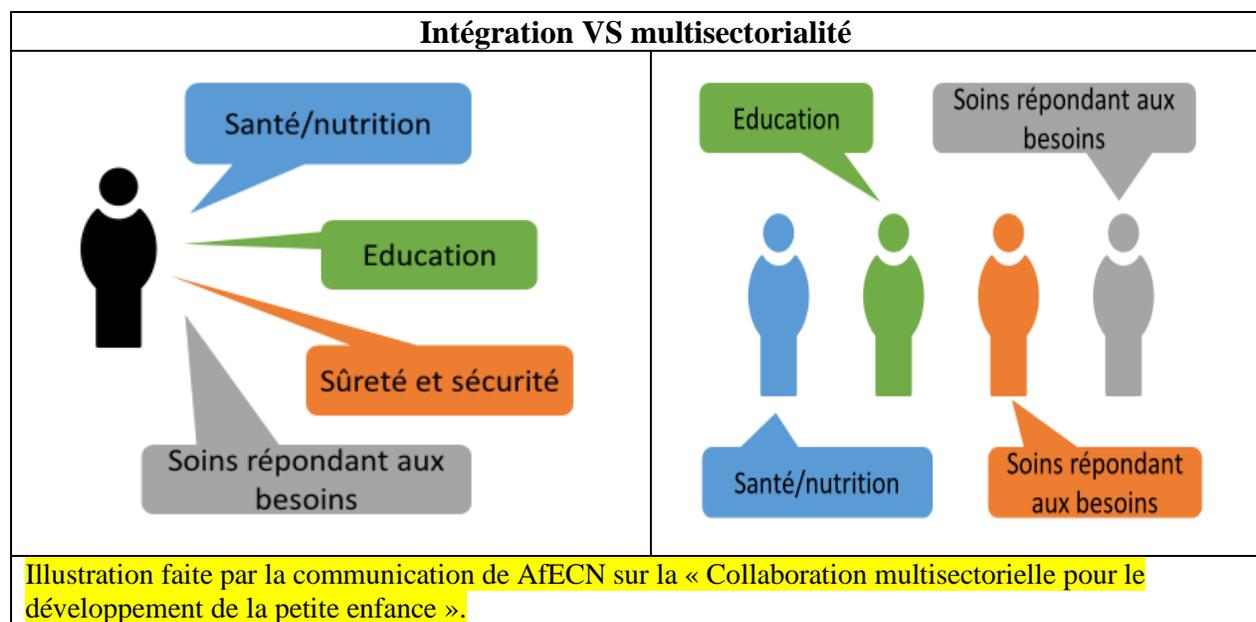
Prodiguer des soins répondant aux besoins signifie être sensible aux mouvements, sons et gestes des enfants dès la naissance, et être capable de les interpréter et de réagir de manière appropriée. La réponse aux besoins des enfants comprend l'observation et la réponse à leurs mouvements, leurs sons, leurs gestes et leurs demandes verbales.

Soins attentifs et possibilités d'apprentissage précoce

On suppose parfois à tort que les enfants commencent seulement à apprendre à l'âge de trois ou quatre ans, lorsqu'ils entrent à la maternelle et commencent à apprendre les couleurs, les formes et les lettres. En réalité, l'apprentissage commence dès la conception et au cours des premières années, les compétences et les capacités sont acquises de manière interpersonnelle ; c'est-à-dire en relation avec d'autres personnes à travers le sourire et le contact visuel, la parole et le chant, la simulation, la mimique et les jeux simples.

Le développement de la petite enfance est la clé du développement humain, et le développement humain est dans l'intérêt de tous. Les impacts, ne peuvent être atteints par un seul secteur.

La promotion de la santé et du bien-être tout au long de la vie nécessite des interventions par le biais de



services et de programmes dans les domaines suivants : santé, éducation, nutrition, protection sociale. Malheureusement, les programmes et services multisectoriels ne sont souvent pas intégrés et par conséquent, les enfants ne peuvent pas bénéficier de tous les soins dont ils ont besoin. Les services intégrés associent les ressources, l'administration et les ressources humaines de plusieurs domaines. Les collaborations multisectorielles ont des structures indépendantes avec des accords partagés.

La collaboration multisectorielle s'étend au-delà du niveau national en commençant par l'établissement de rapports nationaux de DPE par le biais d'un outil multisectoriel qui recueille des indicateurs clés liés au DPE dans tous les secteurs

Recommandations concernant les meilleures pratiques en matière de collaboration multisectorielle en Afrique subsaharienne

Législation	Appuyer les approches multisectorielles au niveau du Cabinet et assurer un pouvoir de rassemblement efficace pour rassembler les parties prenantes de haut niveau.
Communication	Des systèmes de communication solides pour assurer une communication de routine à toutes les parties prenantes
Directives	Documents convenus pour guider la mise en œuvre, les rôles et les responsabilités de tous les intervenants et les plans de travail chiffrés.
Systèmes de redevabilité	Conception conjointe de cadres et de directives pour tenir les parties prenantes responsables de la stratégie et du plan de mise en œuvre convenus.
L'adhésion du gouvernement	Afin d'assurer l'institutionnalisation de l'approche et de réduire les retards dus au roulement du personnel, le financement des donateurs, entre autres

2. La Vision du cadre des soins attentifs :

Un monde dans lequel chaque enfant est capable de développer tout son potentiel et où aucun enfant n'est laissé pour compte

La vision globale du cadre consiste à aligner tous les acteurs clés sur les objectifs et cibles de développement durable pertinents pour les enfants. Le cadre propose 5 cibles de développement durable pour guider la programmation et l'action au niveau national, en reconnaissant que les cibles établies dans la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents sont pertinentes pour le développement de la petite enfance.

Le cadre des soins attentifs propose 5 cibles de développement durable pour guider la programmation et l'action au niveau national



Objectif 1, cible 1.2: D'ici 2030, réduire au moins de moitié la proportion d'hommes, de femmes et d'enfants vivant dans la pauvreté

Objectif 2, cible 2.2: D'ici 2030, en terminer avec la faim et assurer l'ensemble de la population l'accès à une alimentation saine, nutritive et en quantité suffisante tout au long de l'année

Objectif 3, cible 3.2: D'ici 2030, mettre fin aux décès évitables des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans

Objectif 4, cible 4.2: D'ici 2030, s'assurer que toutes les filles et tous les garçons ont accès à un développement de l'enfance, des soins et une éducation pré-primaire de qualité

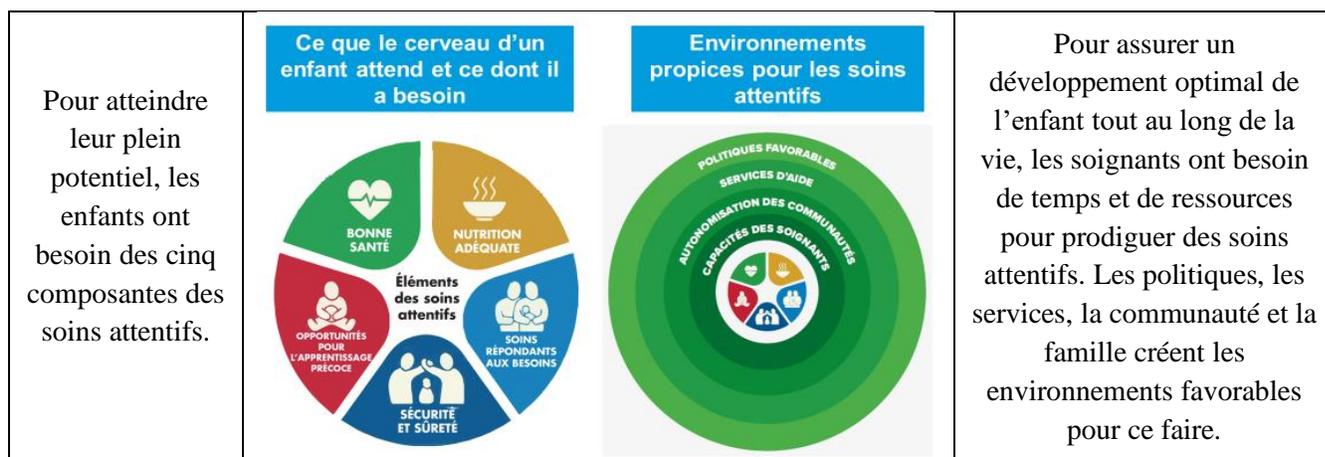
Objectif 16, cible 16.2: D'ici 2030, mettre fin aux abus, à l'exploitation, aux trafics et toutes formes de violence et de torture contre l'enfant

3. Soins attentifs et secteur de la santé

Trois concepts essentiels décrits dans le cadre devraient guider la planification au niveau national :

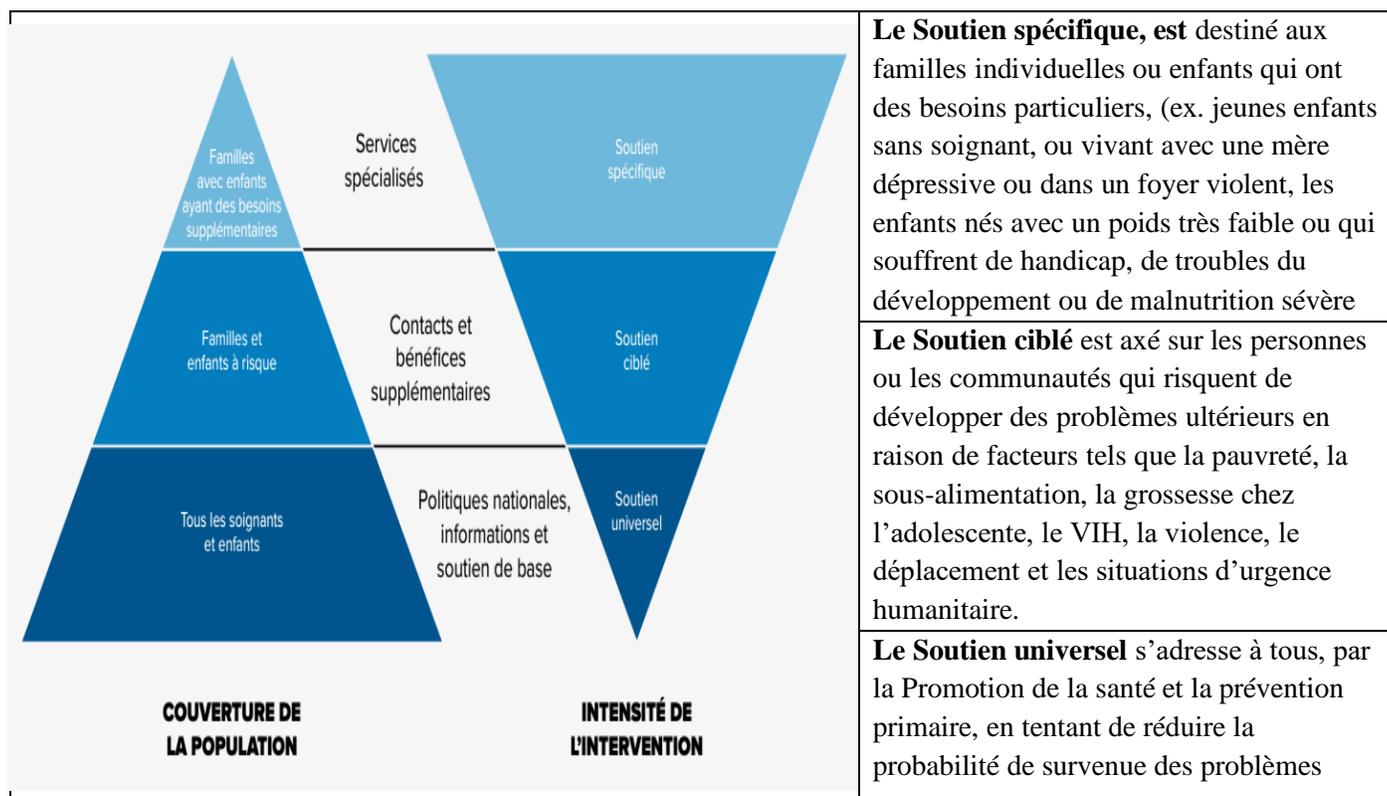
↳ Deux domaines d'action interdépendants

- Des soins holistiques représentés par la nature indivisible des cinq composantes des soins attentifs et des interventions pertinentes dans chaque composante.
- Des actions à plusieurs niveaux représentées par le cadre écologique qui comprend les politiques, les services, les communautés autonomisées et les capacités de la famille.



↳ Un modèle progressif universel pour fournir des services qui répondent aux besoins de tous les enfants et de leurs familles et qui n'exclut aucun enfant

Approche de mise en œuvre du *cadre de soins attentifs* proposée pour répondre aux besoins de tous les enfants (soutien universel, ciblé et sur indication).



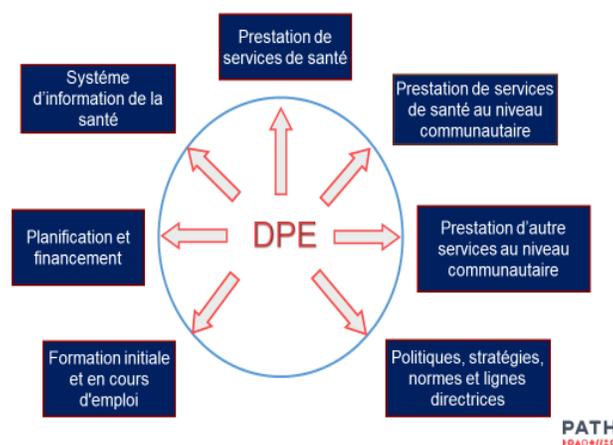
Toutes les familles ont besoin de soutien, mais certaines familles ont besoin de tout le soutien possible

Une approche du système pour l'intégration du DPE dans les plateformes de prestation de services existantes (Expérience de PATH)

Le rôle du secteur de la santé et la façon dont les services de santé peuvent être améliorés pour soutenir les soins attentifs. Les expériences du Kenya, du Mozambique, de la Zambie, et de l'Afrique du Sud

- L'approche de PATH en matière de prestation de services de DPE consiste à l'intégrer aux systèmes de santé existants.
- Le secteur de la santé est le seul secteur qui interagit régulièrement avec les familles depuis le moment le plus critique de la grossesse jusqu'à l'âge de deux ans. Généralement, le secteur de la santé a 15 à 30 points de contact avec les familles pendant cette période, ce qui offre une occasion riche et inexploitée de soutenir le développement de l'enfant tout en répondant aux besoins de santé et de nutrition.

L'approche de PATH pour intégration du DPE se voit sur l'ensemble du système



Les moteurs clés du succès

- Travailler au sein de structures existantes (de préférence le gouvernement, mais aussi de grandes plateformes financées par des partenaires) est essentiel pour assurer l'appropriation à long terme et la durabilité
- Des évaluations formatives de la prestation de services et des pratiques communautaires existantes ainsi que l'examen des normes gouvernementales sont essentielles à l'élaboration d'approches adaptées au contexte
- Produire du matériel IEC de qualité améliore l'adoption du DPE
- L'intégration du contenu DPE ne doit pas être limitée aux matériaux IEC, mais doit inclure l'ensemble des outils du programme (c'est-à-dire, y compris les manuels de formation, les guides de supervision et les indicateurs)
- Il est important de générer des évidences par la mise en œuvre directe, en vue d'utiliser les preuves à des fins de plaidoyer

VI. RECHERCHES ET EVIDENCES SUR LE DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

Des recherches et évidences les points suivants en sont ressortis :

- Les interactions qui promeuvent la sensibilité et la réactivité du soignant ou du fournisseur de soins et créent des opportunités pour l'apprentissage précoce du jeune enfant. C'est pourquoi les facteurs de risque empêchent l'enfant d'atteindre le plein potentiel de développement.
- Il est important de renforcer le soutien pour les soins attentifs dans les programmes de santé, VIH et nutrition et autres plateformes de services de prestations et de l'intégrer dans les politiques, plans et interventions existants et de ne pas en faire une nouvelle stratégie à part.
- Explorer les possibilités d'apprentissage précoce de chaque enfant dans un cadre multisectoriel et tirer leçons des expériences positives tels que « communautés Amis des Enfants », « intégration des soins attentifs dans les services de santé maternelle Néonatale et infantile, Nutrition et VIH dans certains pays prouvent que cela est possible.

Nutrition et stimulation, deux éléments clés

- ❖ Améliorer la qualité et la prise en charge des enfants malnutris en incluant des activités de stimulation dans les centres de réhabilitation nutritionnelle du Mali. Constat les enfants guérissent plus vite que ceux recevant uniquement les aliments thérapeutiques.
 - Le programme d'éducation parentale mettait l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins fournis aux enfants malnutris. Avant le lancement de ce projet, les pratiques parentales inadéquates contribuaient au taux élevé de malnutrition chez les enfants maliens. Selon les preuves existantes dans le pays, les enfants malnutris qui bénéficient d'interventions qui favorisent la prestation de soins adaptés et l'apprentissage précoce pendant et après leur séjour à l'hôpital se rétablissent plus rapidement que les enfants qui ne reçoivent que des compléments alimentaires. En conséquence, l'UNICEF a créé des centres de stimulation dans des centres de rééducation nutritionnelle. Cette méthode a été utilisée dans des régions ciblées présentant des taux de malnutrition infantile plus élevés, tels que Tombouctou.

- Dans ces centres, les visites à domicile ont servi de suivi aux cas graves de malnutrition, donnant aux parents les moyens d'employer des pratiques appropriées en matière de nutrition, d'hygiène et de stimulation, et aidant les enfants à se rétablir plus rapidement qu'avant.
- ❖ Démonstration de l'importance du jeu pour le développement de l'enfant et du rôle du jeu dans le cadre de soins attentifs.
 - Le jeu est une nécessité absolue qui permet aux enfants d'apprendre en utilisant plusieurs mécanismes : le cognitif, la socialité interactive, l'auto-régulation, la représentation symbolique, la mémoire, l'imitation. Les fournisseurs de soins sont les principaux compagnons de jeu. Les jeux ne constituent pas une composante à part entière des soins attentifs mais au vu leur importance ils doivent être intégrés aux 5 composantes desdits soins.

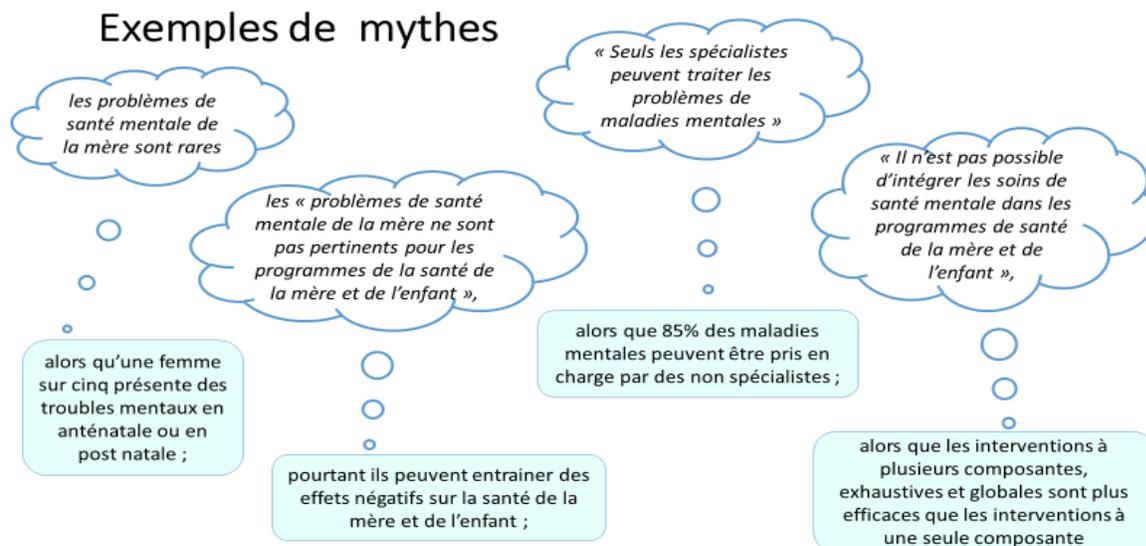
Environnements conviviaux pour les enfants – expérience du Sénégal

Les expériences d'ImagiNation Africa qui est une agence de communication au Sénégal sont instructives à travers le travail de plaidoyer, l'implication des enfants eux-mêmes, le développement de partenariat/coalition, la sensibilisation, la collecte de données et des ateliers de cocréation, la communication et les médias et une approche écosystémique.

« **Walking with Amadou** » illustre des questions liées à l'urbanisation et à la santé et au développement des enfants, notamment l'importance d'aménager des espaces de jeux publics ou créer des lieux sûrs pour jouer et se recréer, ainsi que d'intégrer l'apprentissage par le jeu dans les programmes scolaires pour le développement des enfants.

Santé mentale des parents, Soins attentifs et Enfants avec difficultés de développement / handicap.

La santé mentale des parents influe sur la délivrance des soins attentifs des enfants et peuvent avoir des conséquences négatives pour l'enfant. Des mythes développés et entretenus autour de la santé mentale de la mère représentent des obstacles au développement de l'enfant :



En réponse à cette situation, l'expérience de terrain montre que les agents de santé formés mais non spécialisés peuvent dépister les cas et assister les mères. Le guide mhGAP des interventions de santé mentale donne les orientations qui consistent à

- i. Intégrer la santé mentale au niveau communautaire,
- ii. Adapter les interventions aux adolescentes,
- iii. Inclure les pères dans les programmes,
- iv. Assurer le suivi global de la santé mentale.

Des troubles du développement neurologique peuvent aussi avoir un impact sur le DPE, leur diagnostic précoce peut aider à une meilleure prise en charge.

Les enfants ayant des difficultés de développement ou des handicaps sont vulnérables dans de nombreux pays. Les parents et les familles de ces enfants spéciaux sont souvent préoccupés par des problèmes de comportement et le manque de communication, ce qui entraîne des implications sociales et culturelles communes, notamment la stigmatisation et des difficultés économiques supplémentaires. Ces enfants sont exposés à des risques d'abus physiques, sexuels et/ou émotionnels et sont moins susceptibles de réaliser leur potentiel de développement et d'éducation. Cependant, les atteindre, eux et leur famille, peut être complexe. Un manque général de sensibilisation du public à ces conditions, la stigmatisation qui y est associée, l'absence d'expertise et de personnel formé et le manque d'accès à des outils culturellement appropriés constituent des obstacles à leur identification.

Les interventions qui permettent aux soignants d'acquérir un ensemble de compétences pour soutenir le développement de leurs enfants et promouvoir des comportements adaptatifs sont reconnues comme des éléments importants des programmes de soins. Ces interventions doivent être souples, ne pas dépendre d'un personnel hautement qualifié, être abordables et pouvoir être mises en œuvre à grande échelle. L'OMS a mis au point le programme de formation aux compétences des soignants (CST) pour les prestataires non spécialisés, qui a donné des résultats positifs pour permettre d'améliorer les résultats développementaux, comportementaux et familiaux chez les enfants atteints de déficience intellectuelle et d'autisme de bas niveau.

Expériences sur l'intégration des soins attentifs dans les services SMNI et Nutrition (Cas du MALI et du NIGER)

MALI.	NIGER
INTÉGRATION DES SOINS ATTENTIFS DANS LES POLITIQUES, STRATÉGIES ET PLANS DE SMNI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aussi bien le Mali que le Niger ont intégré un volet sur la stimulation psycho-cognitive des enfants dans leur protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition aigüe en 2017. ▪ De plus tous deux disposent stratégie nationale de survie de l'enfant <p>D'autres documents plus spécifiques se trouvent ci-dessous</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La stratégie ANJE communautaire, 2013; ✓ Plan stratégique SR ; Politiques, Normes et Procédures / SR et Nutrition, 2019; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La Politique nationale de sécurité nutritionnelle ✓ La stratégie ANJE ✓ La stratégie DIJE

MALI.	NIGER
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan stratégique soins essentiels dans la communauté ✓ Le plan d'élimination de la TME du VIH; ✓ Plan stratégique nouveau né; ✓ Politique Nationale de Nutrition avec son plan d'action multisectoriel 2014-2018 en cours de révision; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La Révision des outils communautaires de la Stratégie ANJE pour intégrer l'aspect DIJE
INTÉGRATION DES SOINS ATTENTIFS DANS LES DIRECTIVES TECHNIQUES ET STANDARDS DE SMNI	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Directives nationales de la PTME; de PEC des SONU; du paludisme pendant la grossesse; de supplémentation en vitamine A et du déparasitage; ✓ Intégration de la PEC de la MAM et MAS sans complication dans le paquet d'activité des ASC en 2017; ✓ dans les plates formes multisectorielles Les GSAN communautaires <p>Cette intégration est effective dans toutes les régions du sud et du centre du Mali</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Directives nationales de prise en charge de la malnutrition aigüe – PCIMA <p>Couverture Géographique des services intégrant les soins attentifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 47 CRENI et 954 CRENAS ▪ 7 CSME pour les soins Kangourou
MODALITES DE FORMATION	
<p>Modules de formation isolés ou intégrés aux paquets existants (PEC de la Malnutrition, de la PTME, SENN, Paludisme pendant la grossesse, soins mère kangourou, module de formation des ASC)</p>	<p>Le protocole PCIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En cours d'emploi <p>Modules de formation intégrés aux paquets existants</p>
TYPE DE PRESTATAIRES CIBLES PAR LA FORMATION	
<p>Médecins, Sagefemmes, Infirmiers et les ASC</p>	<p>Medecins, Infirmiers , Sage-femme, Assistants sociaux, Assistants nutritionnels</p>
MISE EN ŒUVRE DES SOINS ATTENTIFS : POINT D'ENTREE & RESSOURCES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Au niveau Santé par la sous-direction Santé de la Reproduction et la sous-direction Nutrition ✓ Au niveau Education par la Direction Nationale de l'Education de Base ; Direction Nationale de la petite enfance et de l'enseignement préscolaire ✓ Au niveau de la protection par la Direction nationale de la protection de l'enfant et la Direction de la promotion de la Femme, de l'enfant et de la famille ; <p>La communauté est impliquée aux différents niveaux sus cités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les centres de réhabilitation nutritionnelle ✓ Projet pilote DPE au niveau communautaire dans 2 régions Maradi et Zinder – Santé/Nutrition, Education et WASH - Financement NORAD
MISE EN ŒUVRE DES SOINS ATTENTIFS : RESSOURCES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les ressources humaines et financiers proviennent de la partie gouvernementale ; Communautaire ; ONG ; Partenaires techniques et financiers. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ressources humaines : assistants sociaux, aides-soignants, infirmières, animateurs, relais

MALI.	NIGER
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Matériels : supports de jeux et communication pour les parents pour stimuler l'apprentissage des enfants, jouets, lego, hochet, cubes, puzzles, boîte à images, poupées marionnettes, castagnette.
CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION, INDICATEURS EN RAPPORT AVEC LES SOINS ATTENTIFS	
<p>Parmi les indicateurs collectés on relève ceux liés à la vaccination, Surveillance de l'enfant sain, petit poids de naissances, MAS/MAM, suivie des enfants nés de mère séropositives, conseil sur l'allaitement maternel et l'alimentation de remplacement si les conditions AFADS sont remplies, la stimulation psycho cognitive dans le cadre de la PEC de la malnutrition aigue</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombre de structure qui intègre les soins attentifs ✓ Proportion d'agent formés sur les soins attentifs ✓ Le nombre d'enfant accueilli dans les structures d'éveil et de stimulation
LEÇONS APPRISSES	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La stimulation psycho cognitive pour les enfants malnutris a un impact considérable sur la durée d'hospitalisation et les séquelles et conséquences engendrées par la malnutrition ; ✓ La mise en place des groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN) a amélioré les indicateurs de santé/nutrition ; ✓ L'intégration du soutien parental dans le paquet de services offert par les ASC améliore la couverture géographique et diminue considérablement les abandons dans le programme ; ✓ L'existence des caisses villageoises de solidarité santé (CVSS); ✓ La famille d'accueil pour l'hébergement et la restauration des enfants et femmes référés ; ✓ Les comités de coordination des intervenants en santé dans les districts sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les enfants ayant bénéficié des services d'éveil et de stimulation récupèrent plus facilement et ne font pas de rechute; ✓ Les mères adhèrent aux soins et s'approprient quelques techniques de stimulations.

D'autres exposés ont porté sur

- **L'Approche Communautés Amie des enfants**, offre une occasion d'opérationnaliser *le cadre de soins attentifs* pour obtenir les résultats clés pour les enfants de 9 pays de l'Afrique de l'ouest et du centre. (Guinée, Libéria, Togo, Tchad, RDC, Mali, Côte d'Ivoire, Mali, Tchad)

Une initiative développée par UNICEF et qui met l'accent sur quatre domaines d'intervention

1. Plaidoyer auprès des gouvernements, de la société civile, des communautés et des partenaires pour la revitalisation des SSP

2. Aligner les contributions de tous les intervenants sur les priorités nationales en matière de soins de santé primaires
3. Accélérer la mise en œuvre à travers l'approche district intégré et le Modèle de système de santé
4. Responsabilisation - évaluer les résultats, promouvoir la responsabilisation conjointe, lier l'investissement aux résultats clés.

➤ **Le paquet Soins pour les fournisseurs de soins**

Le bien être émotionnel des fournisseurs de soins et l'environnement favorable contribuent à prodiguer des soins de qualité ayant un impact sur le développement de l'enfant.

Le paquet de soins pour les fournisseurs de soins "Caring for the Caregivers" a été développé en 2018-2019 par l'UNICEF (siège et WCAR) et l'institut de recherches HSRC basé en Afrique du Sud. L'objectif visé était de développer des outils de formation focalisés sur le soutien psychosocial des parents et gardiens d'enfants de 0-5 ans. Ce qui compléterait le paquet soins pour le développement de l'enfant développé en 2012 par l'UNICEF et l'OMS.



Le paquet est destiné aux prestataires de soins (santé, nutrition, social, éducation,). La phase pilote, qui a consisté au test des outils, a été menée en Sierra Leone et au Mali. Le paquet est structuré autour de quatre principes de base qui sont : Connecter, Soutenir, Communiquer et Jouer.

Dans ces deux pays pilotes, l'approche a été la même, à savoir : Counseling basée sur les connaissances et techniques à renforcer chez l'agent de santé/nutrition au niveau communautaire pour établir la confiance, aider à la résolution des problèmes rencontrés par la mère/gardienne d'enfant et améliorer leurs capacités à s'engager dans un apprentissage réactif et ludique avec les enfants.

15 activités différentes ont été adaptées et développées pour aider les intervenants de première ligne à mettre en œuvre ces quatre pratiques auprès des mères, qui sont responsables de l'ensemble des activités de soins dans les cultures malienne et sierra léonaise.

De même, les fiches de counseling illustrées ont été conçues pour les agents communautaires ayant des interventions directes et régulières avec les familles qui qui sont généralement peu lettrées, afin d'illustrer comment les activités pourraient être utilisées pour conseiller les fournisseurs de soins ayant des enfants de différents âges (grossesse, 0-6 mois, 6-9 mois, 9-12 mois, 12-24 mois)

Des outils d'évaluation émotionnelle des fournisseurs de soins ont été élaborés et testés au Mali et en Sierra leone avec des résultats concluants. Néanmoins il faut noter la nécessité de prendre en compte la situation des déplacés interne chez qui les cas de dépression sont mal perçus et non pris en charge. Le Niger et le Burkina Faso se proposent d'introduire cette stratégie de formation des fournisseurs de soins dans leurs pays et l'opportunité est ouverte aux autres. Un groupe d'appui technique sera mis en place pour faciliter le processus.



Messages clés

❖ **Cadre de Soins attentifs**

- **Cinq composantes** : Bonne santé, Nutrition adéquate, soins répondant aux besoins de l'enfant, Sécurité et sureté, Opportunités d'apprentissage précoce.
- **Environnement propice** : Capacité des familles, Autonomisation des communautés, Services de soutien, Politiques habilitantes.

❖ **Evidences sur le DPE**

- **Nutrition et stimulation** sont deux éléments clés qui permettent le développement du **cerveau** ;
- La stimulation est la fondation de l'apprentissage ;
- Les facteurs de risque empêchent l'enfant d'atteindre le plein potentiel de développement : impact à vie du **stress toxique**.

❖ **Mise en œuvre des soins attentifs**

- Approche universelle pour tous les enfants et leurs parents, ciblée en cas de risque (enfants vulnérables) et sur indication en présence de risques élevés et handicaps.
- **Niveaux de prise d'action** : politiques, services et **communauté** au bénéfice des enfants et parents.
- Selon le **continuum de système de santé et du cycle de vie**

❖ **Clés du succès**

- Engagement de haut niveau au niveau national + Leadership ;
- Approche multisectorielle ;
- Coordination, collaboration et intégration est actions, des ressources (décentralisation);
- Intégration effective des politiques, interventions et monitoring de DPE dans les plateformes existantes de SMNI et Nutrition
- Ne pas considérer les soins attentifs pour le DPE comme une nouvelle stratégie à part entière mais utiliser l'existant pour commencer, renforcer et passer à échelle
- Accent sur l'engagement de la communauté pour :
 - ✓ une meilleure conception du modèle de mise en œuvre et
 - ✓ leur participation effective dans la planification, la mise en œuvre et le suivi

VII. QUE FONT LES PAYS EN MATIÈRE DE SOINS ATTENTIFS ?

1. Actions Stratégiques (AS)

Mesures entreprises par les pays sur la base des actions stratégiques dans le secteur sante et les défis qu'ils doivent relever

a) AS 1 – Diriger et Investir

Certains pays ont développé spécifiquement une stratégie ou un plan stratégique national du développement intégré de la petite enfance, ou une Politique Nationale de Développement Intégré de la Petite Enfance, (*Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal, STP*).

- Il existe un plan d'action multisectoriel de développement de la petite enfance au *Cameroun* 2017-2020 développé par le MINEPAT (Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire), mais qui ne prend pas en compte les soins attentifs.
- Existence de programme d'éducation Parentale (*Mali, STP, Cote d'Ivoire, Burkina Faso, Niger, Sénégal*)

Cependant tous les pays disposent d'un plan stratégique intégré SRMNIA-N et/ ou de stratégie ANJE, des opportunités pour intégrer les soins attentifs.

Les rôles et les responsabilités de chaque secteur dans le cadre de ces plans sont plus ou moins définis (*Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali*). Par exemple; au Sénégal il existe une convention entre l'Agence Nationale de la Petite Enfance et la Case des Tout-petits (ANPECTP) et le MSAS.

Les mécanismes de coordination sont présents :

- Le plus souvent dans le cadre de la nutrition et sécurité alimentaire (*Burundi, Côte d'Ivoire,*
- dans le cadre du programme des 1.000 jours, qui intègre les Secteurs de la Sante de l'Education, de la protection Sociale et la Justice est une opportunité (*STP, Burundi*
- Dans le cadre des projets spécifiques liés au développement de la petite enfance (ECDAN)
 - Le réseau ECDAN et le cadre de concertation autour du DPE qui regroupent les services techniques de l'Etat santé, éducation, protection et les ONG tiennent des réunions trimestrielles (*Mali*
 - Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales assure le secrétariat pour le programme des filets sociaux « JIGISEMEJIRI » et l'encrage institutionnel est le Ministère des finances. (*Mali*

Des exemples d'opportunités intra et intersectorielles pour renforcer l'appui aux soins attentifs ont été remarqués

- Au niveau des formations sanitaires à travers le suivi de croissance de l'enfant qui est fait par des Bulletins de suivi de croissance des enfants et des adolescents (qui intègre la vaccination, la nutrition, le contrôle de croissance, etc.) *STP*, dans le domaine de la nutrition et la sécurité alimentaire (*Burundi*,
- Au niveau communautaire, à travers une organisation de l'Église catholique, « Pastoral da Criança », qui développe des activités avec les familles, dans certaines communautés, *STP*

- Dans un cas, les secteurs de la santé, Nutrition et de l'éducation ont développé des plans d'action pour les soins attentifs (*Sénégal*).
- Existence de plateformes multisectorielles communautaires dans certaines régions (*Mali*)

DÉFIS:

- Absence d'organe de coordination multisectoriel pour toutes les interventions DIPE
- Définition de l'ancrage institutionnel pour la mise en œuvre des plans d'action
- Inexistence d'un budget et d'un secrétariat opérationnel
- Financement disponible pour la mise en œuvre du plan en général dans le cadre des projets

b) AS 2 – Accent sur les Familles et leur Communautés

En termes de communication pour les soins attentifs

- Très peu de recherches qui peuvent informer les interventions de santé pour les soins attentifs sont disponibles et ou disséminées dans les pays. Quand elles existent elles sont limitées à la mise en œuvre et l'évaluation des projets pilotes
- Aucun pays ne dispose actuellement d'une stratégie de communication spécifique aux soins attentifs, bien que pour certains des supports de communication ont été produits et le plus souvent dans le cadre de la nutrition (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, STP)
- Le Sénégal a conduit une Semaine nationale de la petite enfance (SNPE) en 2018

Des champions locaux ont été identifiés et sont des moteurs pour l'intégration des Soins attentifs dans les services et plateformes communautaires au Burkina Faso et au Mali.

Le ministère de la santé et ses partenaires collaborent à l'élaboration et à la transmission de messages de communication de masse sur les soins attentifs pour le développement de la petite enfance ?

- Cela a été le cas lors de la Semaine nationale de la petite enfance au Sénégal
- Mais pour la majorité (Burundi, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, STP), des messages de communication de masse sont développés à l'occasion des campagnes de vaccination, de Foires de Santé et semaine Santé Mère-Enfant, sur les thématiques comme la déclaration des naissances, l'inscription des enfants à l'école, mais pas forcément sur les soins attentifs pour le développement de la petite enfance

Plusieurs pays ont reporté l'existence d'organisations communautaires locales, de groupes confessionnels, chefs traditionnels et groupes de femmes qui défendent et intègrent principalement les composantes des soins attentifs Nutrition adéquate et parfois Sécurité et sureté dans leurs activités. On note toutefois que les domaines des soins répondant aux besoins de l'enfant et opportunités d'apprentissage précoce ne sont jamais adressés.

- Intégration du DIPE dans le module de formation des Bajenu GOX (Sénégal)
- « Pastoral da Criança » et ONG portugaise « Helpo » : actions de nutrition (STP)
- Défense et de protection des droits des enfants (Burundi)
- GSAN et plateformes multifonctionnelles sur la nutrition et la santé de la reproduction (Côte d'Ivoire)

DÉFIS :

- Les outils de communication prenant en compte la petite enfance ne ciblent pas les soins attentifs
- En général, les intérêts des enfants sont pris en compte dans les organisations communautaires existantes mais ne sont pas spécifiquement axés sur les soins attentifs
- Adresser les domaines des soins répondant aux besoins de l'enfant et opportunités d'apprentissage précoce

c) AS 3 – Renforcement des Services

Il est ressorti clairement que les cibles, activités et budgets relatifs à la promotion des composantes manquantes des soins attentifs (les soins répondant aux besoins et l'apprentissage précoce) ne sont pas reflétées dans les plans nationaux des pays.

Au Burkina Faso Les standards, directives et organigrammes nationaux pour les services de santé ont été mis à jour pour refléter les éléments manquants des soins attentifs (soins répondant aux besoins, apprentissage précoce, protection)

Le Programme des Mille Jours, la révision des plans, directives et standards représentent une opportunité pour beaucoup de pays d'intégrer les soins répondant aux besoins et l'apprentissage précoce.

Les pays mettant en œuvre des projets de DIPE (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali) ont reporté que les familles disposent des informations et un certain niveau de connaissances pour suivre le développement de leurs enfants à domicile. Pour les autres pays, les familles sont sensibilisées et les informations et les connaissances sur le DPE sont transmis à travers les outils développés pour l'ANJE, le carnet de santé mère enfant, la PCIMNE, les visites post-natales (Burundi, STP).

Mis à part le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Mali, les outils simples pour conseiller et éduquer les soignants sur les soins répondant aux besoins et l'apprentissage précoce ne sont pas disponibles dans la majorité des pays

DÉFIS :

- Intégrer les éléments manquants des soins attentifs dans les principaux curricula et paquets de formation pré-service et formation en cours d'emploi et dans les outils de supervision du ministère de la santé.

d) AS 4 – Suivi des Progrès

La majorité des pays collectent les données des soins attentifs relevant seulement de la santé et de la nutrition, à travers le système d'information sanitaire de routine (DHIS2) ou les grandes enquêtes (EDS, MICS, SMART

Au Mali la surveillance préventive des enfants sains et la stimulation cognitive sont prises en compte dans le DHIS 2

Dans certains cas, le carnet de santé mère enfant en place génère une partie des informations sur le développement de la petite enfance

DÉFIS :

- Intégrer les éléments manquants des soins attentifs dans les outils de collectes du système d'information sanitaire de routine (DHIS2) du ministère de la santé.
- Prise en compte des facteurs de risque et facteurs de protection pour les soins attentifs à l'échelle nationale ou sub-nationale dans les évaluations périodiques

e) AS 5 – Utiliser les Données et Innover

Au *Mali* quelques protocoles de recherche sur le développement de la petite enfance sont en cours

Les résultats de la recherche et les leçons apprises relatifs au développement de la petite enfance, en particulier dans le contexte des interventions dans les communautés et les établissements de santé, sont régulièrement partagés au sein du ministère de la santé, des partenaires et institutions de collaboratrices (*Côte d'Ivoire, Mali et partiellement au Burkina Faso*)

La collaboration entre le ministère de la santé, des organisations chargées de la mise en œuvre et des universités / chercheurs qui ont permis d'améliorer la prestation de services de soins de santé pour le développement de la petite enfance (*Plusieurs institutions dont la chaire de Pédiatrie au Sénégal, Avec Alive and Thrive au Burkina Faso, la plateforme ECDAN au Mali*)

2. Expérience des Pays sur le Renforcement des Services de Santé Pour Soutenir Les Soins Attentifs

Une **table ronde sur le renforcement des services de santé pour soutenir les soins attentifs** a permis de partager les expériences pays sur les thématiques comme suit

Politiques/Plaidoyer/Coordination/Gouvernance (Sénégal)

Le Processus d'intégration du DIPE s'est déroulé en plusieurs étapes avec différents partenaires : à savoir :
i) une phase de Partage des évidences sur la base des séries du Lancet a précédé la phase de ii) Plaidoyer ponctuée entre autres de Rencontre intra et intersectorielle et dialogue haut niveau, le développement d'un Mémoire sur la PEC de la Petite Enfance pour conseil présidentiel, d'un Kit de plaidoyer et implication des collectivités territoriales Amies des enfants et Champion de nutrition. S'en est suivie iii) la phase de Priorisation pour l'inclusion du DIPE à travers la directive présidentielle sur la généralisation de la PEC de la Petite Enfance (2015), l'intégration de l'éveil dans les PRN communautaire en 2015 et les Plan d'action sectoriel famille, protection sociale ; et le Partenariat avec l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale, USAID et les ONGs. iv) identification des plateformes et outils d'intégration, des indicateurs et intégration du DIPE dans les politiques et stratégies.

Concernant la coordination et Gouvernance, un Comité de Pilotage et de Coordination pluridisciplinaire et multisectoriel SRMNIA a été mis en place qui intègre le Comité Technique Survie de l'Enfant et ANJE, Réseau SME et le Réseau Développement de l'Enfant. Le Comité multisectoriel DIPE est en cours d'élaboration.

Enseignements tirés

- L'approche multisectorialité et Multidisciplinarité est un facteur de succès
- L'approche communautaire favorise une meilleure adhésion et appropriation
- Respect du continuum de soins : pour tout le Cycle de vie et à tous les niveaux Santé Préscolaire, Scolaire et communautaire
- Capitalisation de l'existant : jeux traditionnels (valorise normes sociales)
- L'importance de l'implication de la société civile dans le DPE
- L'ancrage institutionnel et communautaire ont été déterminant

Défis

- Renforcement de la Multisectorialité
- Renforcement plaidoyer et communication
- Harmonisation des outils et des interventions
- Qualité des interventions
- Respect du continuum de soins/Opportunités manquées
- Prise de conscience sur l'importance de l'éveil à tous les niveaux
- Couverture géographique en structure DIPE (0-3 ans)
- Renforcement de capacités des parties prenantes
- Insuffisance recherche et documentation locale
- Passage à l'échelle des expériences réussies
- Capitalisation du secteur privé
- Mobilisation budgétaire conséquente

Partenariats avec le secteur privé (Côte d'Ivoire)

Comment le secteur privé contribue au financement et à la mise en œuvre des soins attentifs ?

Le programme TRECC (Transformer l'éducation dans les communautés Cacaoyères) co-financé par 3 fondations internationales (Jacobs, Bernard Van Leer, UBS/Optimus) et les compagnies privées de Cacao et Chocolat œuvrant en Côte d'Ivoire, aide à promouvoir le développement de la petite enfance en Côte d'Ivoire, à travers l'éducation parentale, et l'évaluation d'impact et la recherches.

De façon spécifique, TRECC a développé 3 projets pilotes basés sur 03 modèles (care for child development, skillfull parenting, family make differences) de soutien parental et la promotion des bonnes pratiques parentales pour les enfants de 0 à 5 ans. Ils sont mis en œuvre en collaboration avec les services techniques des ministères en charge de la santé, de la famille et de l'enfant, de la solidarité, de l'éducation, les ONG Partenaires, Les compagnies privées de cacao et Chocolat (ex : Blommer, hershey, Mars, Touton,,) : Blommer

Les parents bénéficiaires ont bénéficié de sessions de formations, de counselings et de visites à domiciles, notamment sur la nutrition, l'hygiène et le développement cognitif du jeune enfant grâce au jeu et à la stimulation appropriée, en particulier pendant les 1000 premiers jours. Des groupes ont été créé (groupes de personnels soignants, d'agent de santé communautaire) ainsi que l'organisation des visites à domicile, après révision des supports didactiques et formation des acteurs.

Enseignements tirés

- Priorisation le leadership de Ministères sectoriels avec l'assistance technique des partenaires ;
- Mise en place de la communauté de pratique comme plate-forme d'échange et de partage ;
- Complémentarités et davantage d'échanges entre les différents projets pilotes, afin qu'ils puissent mieux apprendre les uns des autres

Défis

- Pérennisation des interventions
- Motivation des acteurs
- Mécanisme de suivi
- Intégration à tous les contacts mère-enfants
- Mobilisation de ressources suffisantes et la coordination de toutes les parties prenantes impliquées pour la continuité des services DPE.

Rôle parental et Développement de la petite enfance (Sao Tome et Principe)

En 2016 mis en œuvre du "**Programme pilote d'éducation parentale : PEP-STP**, qui couvrent 4 thématiques :

1. Dimension affective : (interactions générationnelles ; jeu et créativité)
2. Développement intégral (santé et nutrition ; protection et sécurité)
3. Droits de l'enfant (socialisation et citoyenneté)
4. Stimulation intellectuelle et langage

Enseignements tirés	Défis
<ul style="list-style-type: none">• La quantité et la qualité des interactions entre les enfants et leurs parents/adultes responsables sont essentielles au plein développement cognitif, physique et socio-affectif des enfants.• Les droits de l'enfant à la survie, au développement et à la protection sont en grande partie à l'origine d'une forte interaction entre les enfants et leurs parents.• Les sessions de formation ont eu un impact direct sur la vie quotidienne des familles, car le contenu des matières les ont permis d'améliorer, la pratique de soins leurs enfants.• Le fait que les familles vivent dans l'extrême pauvreté ne les a pas empêchées d'adopter un nouveau profil pour assurer une éducation de qualité à leurs enfants.	<ul style="list-style-type: none">• Croyances culturelles et tabous ayant un impact négatif sur SRMNIA_N• Couverture des soins postnatals pour la mère et le nouveau-né• Atténuer les dépenses de poche pour SRMNIA-N• Améliorer les pratiques nutritionnelles des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans• Améliorer la survie des prématurés et des nouveau-nés

Pratiques familiales et communautaires (Burkina Faso)

Approche « bisongo »: espaces d'entraide communautaire pour l'enfance (3 - 6ans) ; offrant des activités d'éveil ,éducation, l'appui nutritionnel : 1 repas complet, la référence des enfants malades vers les centres de santé et la Promotion de l'hygiène corporelle et vestimentaire.

Des espaces ludiques, d'éveil et de protection des jeunes enfants avec un paquet d'intervention ont été créé et comprenant des haltes garderies, des crèches mobiles, des espaces amis des enfants et les familles d'accueil des enfants en détresse.

D'autres pratiques familiales et communautaires existent parmi lesquelles:

- ✓ Approche éducation parentale axée sur le DIPE (Santé, alimentation/nutrition, Eau hygiène et assainissement, Education/ éveil, protection et environnement)
- ✓ La mise en place des Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE (GASPA) animés par ASBC ou autres agents communautaires dont les activités relèvent principalement des composantes santé et nutrition des soins attentifs.
- ✓ Promotion de la croissance physique et du développement mental de l'enfant et de la déclaration de naissance dans le cadre de la PCIME communautaire
- ✓ Identification des femmes enceintes au sein de la communauté ; Visites à domicile pendant la grossesse et après l'accouchement
- ✓ Utilisation des radios communautaires pour la sensibilisation de la population sur le DIPE

Enseignements tirés	Défis
<ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité financière des communautés ne permet pas la pérennisation des interventions ; • Amélioration des pratiques d'alimentation du jeune enfant à la suite de la mise en place des GASPA ; • Bonne fréquentation des espaces ludiques par les jeunes enfants ; • Réduction des inégalités liées au genre avec les actions de l'éducation parentale et la mise en place des «Bisongo» avec un impact positif sur les enregistrements des naissances et les résultats scolaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible couverture géographique (50% des DS) avec des GASPA et de façon parcellaire. • Prise en compte de toutes les composantes DIPE ; • Mise en œuvre des interventions spécifiques adressant la prime enfance (0-3 ans) au regard des ressources limitées ; • Coordination des interventions du DIPE; • Diversification des modes d'animation et d'information (films, vidéos communautaires).

Principales questions soulevées lors des discussions à l'issue des exposés

Les discussions ont essentiellement porté sur :

1. Les questions de gouvernance et mesures politiques et stratégiques :

- La responsabilité du secteur privé dans le cadre du partenariat public privé
- La faiblesse de la coordination des interventions des différents acteurs en faveur du développement intégré de la petite enfance
- La problématique du leadership dans le cadre de mise en œuvre des stratégies d'intervention pour le développement de la petite enfance ;
- L'existence d'un modèle de cadre normatif relatif aux soins attentifs
- La limite de la mise en œuvre de cette stratégie dans les différents contextes, par exemple quelles sont les stratégies utilisées pour intervenir dans les zones à risque

2. L'offre ou prestation des Services

- L'alimentation active pour les enfants de plus de quatre mois qui ne sont pas sous allaitement exclusif
- La prise en compte de la santé mentale dans le cadre des soins attentifs
- La capacité des adolescents à assurer les soins attentifs à leur progéniture
- Prise en compte des violences et des accidents domestiques dans les soins attentifs
- L'existence des modules de formations sur les soins attentifs
- La prise en charge des enfants des mères exerçant une activité professionnelle

3. Le suivi et évaluation

- La place de la recherche locale et des soins palliatifs dans le cadre des soins attentifs
- Le rôle de la recherche dans l'implémentation du développement des soins attentifs
- L'élaboration ou non des nouveaux outils de collecte des données sur des indicateurs relatifs aux soins attentifs
- L'élaboration ou non des nouveaux outils de collecte des données sur des indicateurs relatifs aux soins attentifs
- L'inquiétude liée à la confidentialité des données contenues dans les registres par rapport à l'approche Communautés Amis des enfants

4. TIC et communication

- La problématique des TIC dans le développement de la petite enfance
- L'existence d'un plan de communication sur les soins attentifs

5. La communauté

- La part des soins attentifs pour le développement communautaire
- La difficulté des mères vivant dans les campagnes à assurer les soins attentifs
- Les critères spécifiques pour adhérer à la Communauté Amis des bébés

6. Le financement

- Problèmes liés de financement des interventions
- Pérennisation des interventions

Travaux de Groupes I

Les participants ont été invités à se répartir en 6 groupes de travail pour discuter sur les thèmes suivants

1. Promouvoir la gouvernance, le leadership et la collaboration multisectorielle pour des soins attentifs ;
2. Renforcer les services de SRMNIA, VIH, protection et de nutrition pour mettre en œuvre les soins attentifs et créer un personnel et des acteurs communautaires qualifiés
3. Faire participer les familles et les communautés à la conception d'interventions de soins attentifs et créer une demande pour ces services
4. Assurer la qualité, les possibilités de développement et la pérennité des interventions sanitaires pour les soins attentifs
5. Génération/partage des connaissances et suivi évaluation des soins attentifs
6. Soins attentifs adaptés aux besoins des adolescents

Des travaux de groupes se fondant sur les expériences des pays ont permis de ressortir l'existant, les lacunes, les opportunités et les innovations que chaque groupe a retenu des présentations pour chacune des thématiques il ressort ce qui suit, par exemple :

- ↪ Existence de beaucoup de documents politiques et stratégiques et de bonnes pratiques dans la plupart des pays, tels que (lois, décrets ex: gratuité des soins), l'existence de champions locaux (Ex : maris modèles, bisongos, GSAN...), l'intégration des soins attentifs dans les interventions existantes et la nutrition est la principale porte d'entrée (ASC GSAN soins primaires de santé, PCIMA). Existence d'un cadre de coordination multisectoriel qui intègre les soins attentifs
- ↪ Existence **d'opportunités en termes de financement** : GFF ; Muskoka, PPP (Ex : fond minier), Existence de PTF engagée dans le DPE, caisses villageoises de solidarité santé, familles d'accueil
- ↪ **Les principaux défis** sont le passage à l'échelle des interventions de soins attentifs et la mobilisation des financements, Le défi de la redevabilité et l'engagement des autorités locales, L'engagement des pères dans les soins apportés aux enfants au quotidien
- ↪ Les **principales innovations** existantes dans les pays qui ont retenu l'attention : Le développement des espaces ludiques, d'éveil et de protection des jeunes enfants avec un paquet d'intervention comprenant les haltes garderies, crèches mobiles, espaces amis des enfants et les familles d'accueil des enfants en détresse ou « bisongo » au Burkina Faso, l'approche « bamouna » ou maris modèles du Mali, le partenariat public-privé : TRECC de la Côte d'Ivoire, Rôle parental et Développement de la petite enfance pour une éducation sans violence de São Tomé et Príncipe

3. Market Place

Le Market Place a permis aux pays et aux partenaires d'exposer et présenter les outils, matériels et autres supports qui contribuent à la mise en œuvre des soins attentifs et ou dans le cadre du développement de la petite enfance.

Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé du Gabon, Dr Obiang a honoré de sa présence les expositions et a pris le temps d'apprendre des différentes équipes nationales, y compris de son propre pays, qui a démontré comment le secteur éducatif peut jouer un rôle en créant des espaces de jeu sûrs.



Stand du Gabon



Stand du Burkina Faso

Dans les différents stands figuraient :

- ↪ Des outils utilisés pour les activités de stimulation et d'éducation (produit localement au Burkina Faso),
- ↪ Comment le secteur éducatif peut jouer un rôle en créant des espaces de jeu sûrs. (Gabon)
- ↪ Les supports de travail, carte conseil en Portugais développé au Mozambique et présenté par PATH, a particulièrement retenu l'attention de l'équipe de São Tomé et Príncipe, le seul pays lusophone présent à l'atelier.
- ↪ Des documents politiques et normatifs, des cartes de conseils et du matériel d'information pour le public (STP)



Stand PATH



Stand São Tomé & Príncipe



VIII. Pourquoi la quantification est-elle importante ?

La quantification et la responsabilisation sont essentielles pour une mise en œuvre efficace des politiques, programmes et services pour le développement de la petite enfance. Une mesure fiable est un élément clé pour assurer la dynamique du DPE. Elle i) suit les progrès vers l'atteinte des objectifs en matière de développement des jeunes enfants ; ii) Aide à identifier les interventions efficaces et inefficaces ; iii) Veiller à ce que l'équité fasse l'objet d'un suivi au fil du temps, ce qui est une priorité centrale des ODD.

- **Concernant les paramètres de mesure**

- ↳ **Ce qu'il faut mesurer**

- De nombreux indicateurs importants relatifs aux soins attentifs – par exemple pour la santé et la nutrition – font déjà partie des systèmes d'information sanitaire nationaux.
- Mais pour les autres composantes des soins attentifs, en particulier les soins répondant aux besoins, les opportunités pour l'apprentissage précoce et la sécurité et la sûreté, de nouveaux indicateurs doivent être intégrés dans les plans et systèmes de surveillance nationaux

- ↳ **Et comment le mesurer?**

- L'outil indice de développement de la petite enfance (ECDI) de l'UNICEF est une mesure populationnelle incluse dans les enquêtes MICS
- L'outil Échelles mondiales du développement des jeunes enfants (GSED) de l'OMS, concerne la tranche d'âge de 0 à 3 ans. Il est adapté aux fournisseurs des soins et se présente sous deux formes à savoir la forme courte et la forme longue avec une durée d'administration respectivement de 5- 10 minutes et 30 minutes par fournisseur de soins

- **Méthodologie de collecte des données**

- Enquêtes auprès de la population (p. ex. MICS/DHS/National) : *seules les enquêtes MICS comportent des indicateurs sur les composantes des soins attentifs.*
- Systèmes administratifs (systèmes d'information sanitaire de routine ; enquêtes sur les établissements)
- Autres (groupes de discussion, recherche sur la mise en œuvre, entrevues pour évaluer la qualité du service)

- **Rapports sur les données**

- Tableaux de bord des données
- Rapports globaux
- **Profils de pays** : le profil pays sur les soins pour l'ECD a été présenté, dans le contexte du compte à rebours avec des données et des indicateurs spécifiques portant sur les cinq composantes des soins attentifs

Les défis comprennent le fait que les données sur la prestation de soins adaptés (c.-à-d. la santé mentale des parents, les mécanismes de soutien parental, l'accès à des soins de qualité pour les jeunes enfants...) et les indicateurs sur le handicap font toujours défaut.

Messages clés

- ↳ Il existe différents niveaux de mesure pour différents objectifs (mondial, national/programme, niveau individuel)
- ↳ Nous ne devons pas seulement mesurer les résultats au niveau de l'enfant. Il est important de mesurer également les intrants et les processus au niveau de l'enfant et de la famille.
- ↳ L'UNICEF, l'OMS et la BM, en collaboration avec d'autres parties prenantes, travaillent à une approche harmonisée du plaidoyer, des outils et de la méthodologie de collecte de données.
- ↳ Donner la priorité au renforcement des capacités nationales de collecte, d'utilisation et de communication des données de DPE

Opportunités de mobilisation de ressources et d'investissements

Le financement de nouvelles initiatives demeure une préoccupation majeure manifestée par tous les pays, et représente une entrave pour la mise à l'échelle et la pérennisation des interventions. Il est donc nécessaire de saisir les opportunités et de sortir des sentiers battus.

La seconde table ronde avait pour thème : comment intégrer les soins attentifs dans les cadres d'investissement et mobiliser les ressources financières. Plusieurs pays bénéficient d'un financement de la Banque mondiale et du Mécanisme de financement mondial (GFF) ou y sont admissibles. Le Sénégal, la Côte d'Ivoire et la RDC ont partagé leurs expériences sur la mobilisation des ressources avec des cadres d'investissement à travers différents mécanismes de financement existant dans les pays, l'engagement politique des pays plaçant la petite enfance au centre d'intérêt ainsi que les opportunités de financement existantes.

D'après les expériences partagées par les pays, les dossiers d'investissement sont élaborés sur base d'un état des lieux clairement établi, générer des évidences et identifier les capacités nécessaires et disponibles et fixer les priorités en collaboration avec les partenaires. La priorisation des interventions basé sur l'impact et l'équité est un critère déterminant. Ce qui est à retenir c'est l'engagement politique des pays plaçant la petite enfance au centre d'intérêt et la pleine contribution de toutes parties prenantes aux soins attentifs et à la protection de l'enfant et le plaidoyer pour la création de lignes budgétaires de soutiens aux soins attentifs.

Directives de l'OMS sur l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil chez les enfants de moins de 5 ans.

Le sommeil joue un rôle essentiel dans la croissance et le développement de l'enfant. Si un enfant reçoit un sommeil de bonne qualité, il aura l'énergie nécessaire pour être actif, et un enfant actif est un enfant bien équilibré.

Il est important d'accorder le temps de sommeil et d'activité physique nécessaires aux enfants de moins de 5 ans afin d'assurer leur plein développement.

L'exposition trop tôt ou pendant longtemps aux écrans ou autres formes TIC est déconseillée. Le jeu interactif avec la personne qui s'occupe de l'enfant est la clé du développement de l'enfant.

4. TRAVAUX DE GROUPES II

Cette deuxième session de travaux de groupe a permis aux pays d'élaborer leurs plans d'actions stratégiques pays avec identification de deux domaines prioritaires assortis d'activités concrètes à mener en 2019 et 2020. Ces planifications pays se sont articulées autour de la gouvernance, la coordination, la relecture des plans et politiques existants pour intégrer les composantes des soins attentifs selon le canevas : i) domaines prioritaires, ii) activités concrètes, iii) secteur responsable, iv) période et date de fin d'exécution, v) lien avec le domaine d'action stratégique des soins attentifs, vi) lien avec le plan de travail (gouvernement et/ou partenaire) et vii) besoins en ressources externes supplémentaires nécessaires.

IX. CEREMONIE DE CLOTURE

La cérémonie de clôture a été ponctuée par les interventions des partenaires (PATH, USAID, LEGO, PLAN INTERNATIONAL, UNICEF, OMS). Les niveaux régionaux des agences UN ont réaffirmé leur disponibilité à apporter les appuis nécessaires dans la mise en œuvre dans les pays. Le discours de clôture a été prononcé par le Représentant de l'UNICEF Gabon aux noms des partenaires techniques et financiers. Il a réitéré leur disponibilité à accompagner les pays dans la mise en œuvre des soins attentifs.

X. RECOMMANDATIONS

Les pays devront :

- Renforcer/ redynamiser / introduire un mécanisme de coordination des soins attentifs dans les pays à travers des portes d'opportunités existantes sans nécessairement passer par de nouvelles créations.
- Renforcer la synergie d'action au sein des différents secteurs tant au sein des agences que des secteurs (public et privé), du partenariat et la multisectorialité (Santé, éducation, protection de l'enfance, protection sociale, finances, environnement, établissements de recherche/ universités, communautés...)
- Identifier les opportunités existantes au sein des secteurs et entre les secteurs pour, les expériences partagées par les pays pour contextualiser et renforcer le soutien aux soins attentifs ;
- Renforcer et soutenir les plateformes communautaires pour les soins attentifs (leaders locaux religieux et traditionnels, OBC, OSC, media...)
- Saisir toutes les opportunités de mise à jour des documents de stratégies SRMNIA, des plans de communication pour y intégrer les 5 composantes soins attentifs avec un accent particulier sur les composantes présentant le plus de gap (les soins répondant aux besoins, la sécurité et la sûreté) ;
- Définir des indicateurs de suivi des indicateurs clés sur les 5 composantes des soins attentifs en routine et au cours des grandes enquêtes (EDS, MICS, ...)
- Investir dans la recherche y incluant le volet anthropologique pour mieux adresser les besoins en soins attentifs de l'enfant et des fournisseurs de soins

XI. PROCHAINES ETAPES

Suivi du Plan d'action

- Chaque pays doit envoyer la version finale de son plan d'action national à l'IST au plus tard le 31 Juillet.
- L'équipe pays devra mettre en place un mécanisme de coordination impliquant d'autres secteurs/ministères et partenaires sous la direction du Ministère de la santé pour suivre la mise en œuvre du plan d'action élaboré lors de la réunion de Libreville.

Suivi de MEO du Plan d'action

- Suivi régional par l'OMS et l'UNICEF de la mise en œuvre des plans d'action nationaux : par le biais d'appels trimestriels avec les pays ; cela comprend également des appels avec des pays individuels pour discuter de l'appui nécessaire conformément aux plans des pays développés
- Utilisant la plate-forme régionale de la RMNCAH pour réunir les partenaires

L'OMS, l'UNICEF et les autres ses partenaires se sont engagés à soutenir les pays dans :,

Renforcement des capacités

- Fournir une assistance technique pour renforcer les capacités en matière de Soins attentifs aux enfants et soins pour le développement de la petite enfance (créer un pool de formateurs régionaux),
- Fournir une assistance technique pour renforcer au niveau des pays la formation des décideurs dans le domaine scientifique / de la santé publique
- Fournir un appui technique pour les révisions / mises à jour des lignes directrices, des stratégies et des politiques existantes afin d'y inclure les soins attentifs et pour le renforcement ultérieur des capacités

Enrichissement mutuel à travers des échanges inter-pays

- Aider les pays à apprendre les uns des autres pour les programmes
- Aider les pays à apprendre les uns des autres pour les dossiers de financement. les subventions de projets

Financement

- Fournir une assistance technique aux pays dans le cadre de l'élaboration de projets d'investissement du GFF Cas, rédactions de propositions pour le projet de développement humain BM et autres

Coordination et production de rapports

↪ Au niveau des pays

- Renforcer la collaboration entre les différents ministères, secteurs et partenaires grâce à un mécanisme de coordination placé sous la direction du Ministère de la santé.
- Rapport sur la mise en œuvre communiqué par le Ministère de la santé aux bureaux de pays de l'UNICEF et de l'OMS

↪ Au niveau régional et du siège

- TC sur une base trimestrielle
- Innovation : plateforme collaborative pour le partage des informations

Quelques moments de l'atelier



ANNEXES

5. LISTE DES PARTICIPANTS

1. BURKINA FASO			
OMS	Dr Dao FOUSSENI	NPO/ CAH Nutrition	daof@who.int
Gouvernement	Dr DADJOARI Moussa	Responsable Santé maternelle à la Direction de la santé de la famille (DSF) Ministère de la santé	m_dadjouari@
Gouvernement	Dr ZOMBRE Valérie Marcella SANON	Responsable Santé infantile et de l'adolescent à la Direction de la santé de la famille (DSF), Ministère de la santé	marcellasanon@yahoo.fr
Gouvernement	Mme OUEDRAOGO Ragnang-Newendé Hélène	Responsable Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Direction de la nutrition (DN) Ministère de la santé	helenoued76@yahoo.fr
UNICEF	Dr Yemdame BANGAGNE	Responsable de la santé Mère, nouveau-né et enfant,	ybangagne@unicef.org
Gouvernement	Mr KINI Louomiapy	Spécialiste des questions d'adoptions d'enfants en charge de la petite enfance Direction de développement de la petite enfance, Ministère en charge de l'action sociale (DDPE/MFSNF)	kinifilho@yahoo.fr
2. BURUNDI			
OMS	Dr BUSOGORO Jean François	NPO/FHP	busogoroje@who.int
Ministère de la Santé	Dr HAVYARIMANA Jean de Dieu	Dir. Hopital Gihofi	hantajos@yahoo.fr
Ministère de la Santé	Dr BIMENYIMANA Alain Parfait	Dir. Adjoint technique Prog. National Intégré Alimentation et Nutrition	dralainparfat4@gmail.com
Ministère de la Santé	Dr NDACAYISABA Ananie	Dir. Technique prog. National santé Reproduction	ananindaca@gmail.com
Cameroun			
Ministère de la santé	Dr DAWA Soreya Afi	chef de service de la Sante Maternelle/DSF	soreyad@yahoo.fr

Ministère de la santé	Dr LE Koungou Catherine Laure épouse MFEGUE	chef de Service de santé de l'Enfant/DSF	ktylaure@yahoo.fr
UNICEF	Dr Ngum Belyse	Health Specialist	bhngum@unicef.org
UNICEF	Mr Fosso Albert	C4D Officer	afosso@unicef.org
3. COTE D'IVOIRE			
OMS	Dr SAKI-NEKOURESSI Geneviève	NPO/FHP	sakin@who.int
Ministère de la Santé	Dr KOUAME Oka Koffi René	Dir, Coordonnateur du prog. National nutrition	reneoka@gmail.com
Ministère de la Santé	Dr TANOAH Gnou	Dir, Coordonnateur du prog. National Santé de la mère et de l'Enfant	gnoutanoh@gmail.com
RESCUE	Mr Gnahore Yalla Arthur	Conseiller Technique ECD	arthur.gnahore@rescue.org
UNICEF	Dr Epa Kouakou	Santé	ekouakou@unicef.org
UNICEF	Dr Cassy Marius	Nutrition	mcassy@unicef.org
4. GABON			
Ministère de la Santé	Dr Jonasse Solange ANTIMI	Dir, National santé maternelle et infantile	jonantimi@yahoo.fr
Ministère de la Santé	M. Patrice MOUELE MOUKOUMOU	Cadre de Santé Publique, Responsable du Suivi Evaluation (DNSMI)	patricemouele@yahoo.fr
Ministère de la Santé	Dr Emma OLIVEIRA	Dir. Centre National de Nutrition	drolivema2@gmail.com
Ministère de la Santé	Pr OWONO MEGNIER MBO	Présidente de la Société Gabonaise de Neonatologie	owonomegnembo@yahoo.fr
Ministère de la Santé	Dr Frédérick DISSANAMI	Gynécologue Obstétricien	
Ministère de la Santé	Dr Mylène MIMBILA	SGA Société Gabonaise de Pédiatrie	mimbilamylene@yahoo.fr
Ministère de la Santé	Mme Olga BOUKOYI née MAVOUNGOU	Présidente de l'Association des Sages femmes du Gabon	boukovihope@yahoo.fr
Min. Education nationale	Mme ELIWA Marie Laure	Coordinatrice du Comité de lutte contre le sida	laureeliwa@gmail.com
Min. Famille & solidarités	Mme MOUTSINGA Gilberte	Point focal Observation national	ngilbertelea@yahoo.fr

UNESCO	Mme Memine Zue Seraphine	Administrateur de Programme	spmemine@unesco.org
SOGAPED	Mme Yolande Nzame	Vice - Presidente de la Société Gabonaise de Pédiatrie	-
UNICEF	Dr Jean Rene GUIKOUMBI	Spécialiste Survie et Développement de l'Enfant UNICEF-Gabon	jguikoumbi@unicef.org
UNICEF	Mme Regine BILOGHO	Spécialiste Education, Adolescents UNICEF-Gabon	rbilogho@unicef.org
5. MALI			
OMS	Dr TESSOUGUE Fatoumata Idrissa Cissé	NPO/MPS	tessougef@who.int
OMS	Dr BALLO Tako	Conseillère Nutrition	ballot@who.int
Gouvernement	Dr KEITA Ntji	Medecin, Fistule Obstetricale	keit_63@yahoo.fr
Gouvernement	Dr ONGOIBA Aminata G. DIAKITE	Point Focal Développement de la Petite enfance	diakiteaminatougueta@yahoo.fr
Gouvernement	Dr TRAORE Mamadou	Responsable Surveillance Nutritionnelle	douh35@yahoo.fr
6. NIGER			
OMS	Dr ADAMOU MOUMOUNI Balkissa	NPO/FHP	adamoumounib@who.int
OMS	Dr BAISSA Mariama	NPO/NUT	
Ministère de la Santé	Dr OMAR MARCEL Lucien	Directeur de la Sante	lucienomarcel@gmail.com
Ministère de la Santé	Dr NASSIROU Ousmane	Directeur de la Nutrition	naous001@yahoo.fr
Ministère de la Santé	Dr HINSA Maimouna Solange Diori	Chef Division Sante Neonatal	solangediori@yahoo.fr
UNICEF	Mr ADAMOU Souley	Nutrition Officer	sadamou@unicef.org
7. SAO TOMÉ & PRINCIPE			
OMS	Dr Claudina AUGUSTO DA CRUZ	NPO/ATM/FHPai	cruz@who.int
UNICEF	Dr. Luis Bonfim	Health Specialist	lbonfim@unicef.org
Ministère de la Santé	Mme Maria da Trindade Ferreira Rodrigues Amado	Programme Santé Maternelle	gracasamy@hotmail.com

Ministère de la Santé	MME Isabel Lima Castro Sousa	Nutritionniste	is.isaah@gmail.com
Min. Education	Mme Vayrsa Coelho da Trindade	Programme de la Petite Enfance du Min. de l'Education	maria.trindader@yahoo.com.br
Min. des Affaires Sociales	Mme Lisandra Medeiros Pires Santos da Graça	chargé du Programme PEP du Ministère des Affaires Sociales	gracasamy@hotmail.com

8. SENEGAL

Ministère de la Santé	Dr DIOP Aissatou	Chef Division Survie de l'enfant	anbdiop@yahoo.fr
Ministère de la Santé	Dr GUIRASSY Dembo	Chef Division santé de la mère et du nouveau né,	dembo.guirassy68@gmail.com
Ministère de la Santé	Dr Maty DIAGNE CAMARA	Chef Division Alimentation et Nutrition	matydiagnecamara@gmail.com
CLM	Dr. Néné Hawa Sy	Responsable Exécutive du bureau régional, Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM)	nsy@clm.sn
ANPECTP	Mr Alassane DIEDHIOU	Inspecteur de l'Education, Agence nationale de la petite enfance et de la case des tout-petits ANPECTP	alessanealoudiedhiou@yahoo.fr
AfCEN	Mr NDAHIROU Mbaye	RENADPE/AfCEN	ndahirou@yahoo.fr
Imagination Afrika UNICEF	Mme Chakera McIntosh Mme Aminata NDIAYE COLY	Communications Specialist Nutrition Specialist	chakera@imaginationafrika.org andiavecoly@unicef.org
UNICEF	Mr Malick GUEYE	C4D Officer	mgueye@unicef.org

PARTENAIRES

World Vision International	Mr Dan Irvine	Senior Director Sustainable Health	
USAID	Dr ERIN MILNER	Nutrition	emilner@usaid.gov
AfECN	Mrs Najma RACHID	Consultant ECD	najmarashid@gmail.com
AfECN	Mr NTAMBUE Mukengeshayi Abel	Consultant Banque Mondiale (Petite Enfance)	abelntanbue@yahoo.fr
AfECN	Mr Milumbu- Mulumbulwa Georges	Consultant Banque Mondiale	georgesmilumbu@yahoo.fr
Lego Foundation	Mr Diego ADAME	Director, Playful Learning	dav@lego.com
Fondation Jacobs	Mrs Catherine SEYA	Responsable Technique DPE	catherine.seya@treccprogram.org

PATH	Mr Deajeet Sen	Regional Specialist, Early Childhood Development and Nutrition	dsen@path.org
Plan International	Dr Bamby Sylla	Conseillere Nationale Sante	Bamby.Sylla@plan-international.org
CEEAC	Mr Ossene Davud Blaise	Expert Education et culture	davidbossene@gmail.com

SECRETARIAT TECHNIQUE

UNICEF WCARO	Dr Aline Simen Kapeu	Regional Advisor	askapeu@unicef.org
UNICEF WCARO	Mme Haleinta Bara TRAORE	Specialiste Education- DPE	hbtraore@unicef.org
UNICEF NY	Mme Ana Nieto	Specialiste DPE	anieto@unicef.org
WHO HQ	Mrs DAELMANS Bernadette M E G	Coordinator/HQ/FWC/MCA/PPP	daelmansb@who.int
WHO AFRO IST-CA	Dr TROVOADA Daisy	Medical Officer/CAN	trovoadad@who.int
WHO AFRO IST-WA	Dr AGBODJAN-PRINCE Adjoa	Medical Officer/CAN	agbodjanprincea@who.int
WHO AFRO BR	Dr KIMAMBO Rusibamayila Neema	Medical Officer/CAN	kimambon@who.int

SECRETARIAT ADMINISTRATIF

OMS	Mme Ndalla Jean Claude	Operations Officer ai	ndallaj@who.int
OMS	Mme BAGNAMA Pelagie	Assistante Administrative	bagnamap@who.int
OMS	Mr EBANG MINTSA Joey François	IT	mintsaj@who.int
OMS	Mme OUEDRAOGO Joelle F.	Assistante Administrative	ouedraogoj@who.int
OMS	Mme SIANARD BIDJOUA Stevie R.	Assistante Administrative	bidjouas@who.int
UNICEF	Mme Mambangui Johnnie Rachel	Assistante Administrative	johnnierachelmabangui@yahoo.com
OMS	Mme Ghislaine Egazo-Lawson	Logistique	egazog@who.int
OMS	Mr Lempibi Paul	Chauffeur	

6. PROGRAMME DE L'ATELIER

Jour 1 – Mardi 09 Juillet 2019		
Président de la journée :	Dr KOUAME Oka Koffi René (Côte d'Ivoire)	
Coprésident de la journée	Mme Aline SIMEN KAPEU / UNICEF	
Rapporteur : (2 pays)	Burkina Faso et Gabon	
Heure	Thème/activité	Facilitateurs
08.00 – 08.30	Inscription des participants	Secrétariat
08.30 – 08.45	Accueil et présentation des participants	Mr Patrice Mouele Ministère de la santé Gabon
08:45 – 09.00	Mots de bienvenue (5 min chacun)	AfECN UNICEF Gabon OMS Gabon
09.00 – 09.05	Ouverture officielle de l'atelier	SE le Ministre de la Santé
09.05 – 09.20	Objectifs et résultats attendus	Dr Olga AGBODJAN-PRINCE OMS AFRO
09.20 – 09.40	Introduction aux soins attentifs : Le cadre des soins attentifs et les données probantes à l'appui	Dr Bernadette DAELMANS OMS
09:40 10:15	Group photo - Pause Santé	
10:15 – 10:30	Briefing administratif et de sécurité	OMS / UNDP
10:30 – 10:50	Recherches et Evidences sur le développement du jeune enfant	Mme Ana NIETO UNICEF
10:50 – 11:10	Situation des jeunes enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Facteurs de risque et de protection	Mme Haleinta TRAORE UNICEF
10 – 11.30	Discussion en plénière	
11:30 – 11:50	Soins attentifs et possibilités d'apprentissage précoce	Mme Najma RASHID AfECN
11:50 – 12:10	Approche de mise en œuvre du <i>cadre de soins attentifs</i> proposée pour répondre aux besoins de tous les enfants (soutien universel, ciblé et sur indication).	Dr Olga AGBODJAN-PRINCE OMS
12:10 – 12:40	L'intégration des soins attentifs dans les services de SMNI et Nutrition : • Vidéo sur l'alimentation active de complément (alimentation adaptée)	France BÉGIN UNICEF
12:40 – 13:00	Discussion en plénière	
13:00 – 14:00	Pause déjeuner	
14:00 – 14:20	Prise en charge des enfants au cours de la petite enfance - le rôle des différents secteurs en appui aux soins attentifs	Mme Najma RASHID, AfECN
14 :20 – 14 :40	Contextualisation du paquet de soins pour le développement de l'enfant dans les plateformes de santé et VIH : • Exemple de l'Afrique de l'Est	Mr Debjcet SEN PATH
14:40 – 14:50	Discussion en plénière	
14:50 – 15:10	Expériences pertinentes des pays sur l'intégration des soins attentifs dans les services de SMNI et Nutrition : • Mali (Nutrition) • Niger (SMNI)	Représentants pays

15:10 – 15:30	Approche Communautés Amie des enfants pour renforcer la mise en œuvre des soins attentifs	Dr Aline SIMEN KAPEU UNICEF
15:30 – 15:50	Discussion en plénière	
15:50 – 16:10	Pause Santé	
16:10 – 16:20	« Saving Brains » video Discussions	
16.20 – 16.40	Soins pour les fournisseurs de soins	Mme Ana NIETO UNICEF
16:40 – 17:00	Messages clés de la journée	Dr Olga AGBODJAN-PRINCE / OMS Mme Haleinta BARA TRAORE /UNICEF
17:0 – 18:00	Réunion des facilitateurs	
Jour 2 – Mercredi 10 Juillet 2019		
Président de la journée :	Dr Ananie NDACAYISABA / Burundi	
Coprésident de la journée	Dr Olga AGBODJAN-PRINCE / OMS	
Rapporteur : (2 pays)	Cameroun et Niger	
Heure	Thème/activité	Facilitateurs
08.30 – 09.00	Soins pour les fournisseurs de soins Discussions	Mme Ana NIETO UNICEF
9 00 – 10.00	Table ronde sur le renforcement des services de santé pour soutenir les soins attentifs	Moderateur: Mr NDAHIROU Mbaye AfCEN
	<ul style="list-style-type: none"> - Politiques/Plaidoyer/Coordination/Gouvernance Expérience du Sénégal (10 min) - Partenariats avec le secteur privé (Coordination, financement, mise en œuvre, innovation,) Expérience de la Côte d’Ivoire (10 min) - Rôle parental et Développement de la petite enfance Expérience de São Tomé et Príncipe (10 min) - Pratiques familiales et communautaires : (10 min) Expérience du Burkina Faso <p>Discussions (20 min)</p>	
10.00 – 10.10	Introduction au travail de groupe 1	Dr Aline S. KAPEU UNICEF
10.10 – 10.30	Pause Santé	
10.30 – 12.00	Les participants travaillent en groupes de pays mixtes pour discuter les thèmes suivants 1. Promouvoir la gouvernance, le leadership et la collaboration multisectorielle pour des soins attentifs 2. Renforcer les services de SRMNA, VIH, protection et de nutrition pour mettre en œuvre les soins attentifs et créer un personnel et des acteurs communautaires qualifiés – 3. Faire participer les familles et les communautés à la conception d'interventions de soins attentifs et créer une demande pour ces services –	Facilitateurs de groupes G 1 : Bernadette Daelmans & Daisy Trovoada G2 : Aline S. KAPEU & Neema Kimambo G3 : Bamby Sylla & Najma Racheed G4 Olga Agbodjan-Prince

	<p>4. Assurer la qualité, les possibilités de passage à l'échelle et la pérennité des interventions sanitaires pour les soins attentifs</p> <p>5. Génération/partage des connaissances et suivi évaluation des soins attentifs</p> <p>6. Appui aux adolescentes mère pour fournir des soins attentifs</p>	<p>G5 : Ana Nieto & Debejet Sen</p> <p>G6: Halcinta Bara Traore</p>
12.00 – 12.30	Les groupes terminent les discussions et préparent une courte présentation.	
12:30 – 13:30	Pause déjeuner	
13:30 – 14:45	Restitution des travaux des groupes Discussion	
14.45 – 15:05	Santé mentale des parents et Soins attentifs aux enfants avec retard de développement et/ou des handicaps	Dr Daisy TROVOADA OMS
15.05- 15.25	Environnements conviviaux pour les enfants – expérience du Sénégal.	Mme Chakera McINTOSH ImagiNation Afrika
15.25 – 15.45	Discussion en plénière	
15.45 – 16.05	Pause Santé	
16.05 – 16:45	Démonstration de l'importance du jeu pour le développement de l'enfant et du rôle du jeu dans le <i>cadre de soins attentifs</i>	Mr Diego ADAME LEGO
16.45 – 17:15	Préparation des stands	
17.45 –18.30	Mots d'introduction au Market place Cocktail	Mr Patrice Mouele Ministère de la Santé Représentants des pays et partenaires
18:30 – 19.30	Réunion des facilitateurs	OMS, UNICEF, ECDAN, AfECN, PATH
Jour 3 – Jeudi 11 Juillet 2019		
Président de la journée :	Dr Yolande NZAME / Gabon	
Coprésident de la journée	NTAMBUE Mukengeshayi Abel/ African ECD Network	
Rapporteur : (2 pays)	Burundi et Sénégal	
Heure	Thème/activité	Facilitateurs
08:30 – 08:40	Récapitulatif du Jour 2	Rapporteur J2
08.40 – 09.00	Suivi mondial et développement d'indicateurs pour l'évaluation du développement du jeune enfant au niveau de la population	Ana NIETO UNICEF
09.00 – 09.20	Profils de pays (Countdown 2030) pour le suivi des progrès et de la redevabilité dans les pays	Dr Bernadette DAELMANS OMS
09.20 – 09.30	Discussion	
09.30 – 10.00	Table ronde sur comment intégrer les soins attentifs dans les cas d'investissement des pays et mobiliser des ressources Expériences du Sénégal et de la Côte d'Ivoire	Modérateur Mme Catherine SEYA Fondation Jacobs
10.00 – 10.30	Pause Santé	
10.30 – 12.00	<i>Introduction au travail de groupe 2</i>	Dr Daisy TROVOADA OMS Mr Debejet SEN PATH

	Les participants se répartissent en groupes par pays pour discuter les actions stratégiques dans le secteur de la santé pour la mise en œuvre des soins attentifs – Planification en groupe dans les équipes pays	
12.00 – 13.00	Restitution des travaux des groupes et Discussion	
13.00 – 14.00	Pause déjeuner	
14.00 – 14.30	Observations et contributions des partenaires	Dr Neema KIMAMBO OMS
14.30 – 14.45	Prochaine étapes	OMS, UNICEF
14.45 – 15.00	Clôture de la réunion	Ministère de la santé
15.00 – 15.30	Pause Santé	
15.30 – 16.30	Réunion des facilitateurs	OMS, UNICEF, ECDAN, AFECN, PATH

7. RÉSULTATS DES GROUPES DE TRAVAIL

THÉMATIQUE	Qu'est-ce que vous faites déjà	Les lacunes ou les défis majeurs à relever ?	Opportunités ou solutions,	Idées nouvelles retenues
Promouvoir la gouvernance, le leadership et la collaboration multisectorielle pour des soins attentifs	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de politiques de stratégies et de cadres réglementaires multisectoriels de prise en charge de la Petite enfance (Présidence, Primature) Mise en place d'une feuille de route pour la prise en charge du DPE 	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion des Politiques, Stratégies au niveau opérationnel Mobilisation des fonds pour la mise en oeuvre des Politiques et stratégies Problème de coordination dans les pays où les questions de soins attentifs sont logées au niveau ministériel Absence de cadres opérationnels dans certains pays Passage à l'échelle et pérennisation des interventions de soins attentifs Appropriation des plans par les pays 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement des pays au plus haut niveau Mise en place de stratégies, de plans opérationnels intégrés (par tous les secteurs) Existence de PTF engagée dans le DPE Contribution de l'Etat pour le financement du DPE Partenariat, financement PPP (Ex: fond minier) Renforcer le plaidoyer au niveau des décideurs (Politiques, Parlementaires) Recherche de financements innovants Renforcer la redevabilité y compris au niveau communautaire et la gouvernance 	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat PP (Côte D'ivoire) Crèches mobiles Approche Bamouna (Mali) Education sans violence (Sao Tomé) PECADOM (Sénégal) Porte d'entrée Nutrition pour le DPE (dans la plupart des pays)
Renforcer les services de SRMNIA, VIH, protection et de nutrition pour mettre en œuvre les soins attentifs et créer un personnel et des acteurs communautaires qualifiés	<p>Niveau Stratégique:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence des documents de politiques (lois, décrets ex: gratuité des soins), stratégies, plans d'action, normes, standards, protocoles intégrant les soins attentifs Existence d'un cadre de coordination multisectoriel qui intègre les soins attentifs <p>Niveau intermédiaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence des Directions/Délégations/Services qui proposent un paquet de soins attentifs 	<ul style="list-style-type: none"> Faible couverture géographique des interventions clés des soins attentifs Non prise en compte de toutes les composantes du DIPE (sûreté et sécurité, soins répondants aux besoins) Faible intégration des outils de gestion au niveau opérationnel Insuffisance de ressources (financement, RH qualifiés...) pour l'opérationnalisation des activités du DIPE Insuffisance de coordination et d'intégration des soins attentifs 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de l'assurance maladie, Couverture Santé Universelle Existence des groupes de soutien, de plateformes au niveau stratégique, caisses villageoises de solidarité santé, familles d'accueil Existence d'un réseau pyramidal des intervenants du niveau central au niveau le plus décentralisé Mise à jour des documents prenant en compte les composantes faibles 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomisation des femmes Création des espaces de retrouvailles ou de jeux pour les enfants Encourager le développement cognitif des enfants, stimulation de la créativité: eg: fabrication locale des jouets, récupération des objets domestiques... Développement des activités de soins attentifs autour de la multisectorialité

THÉMATIQUE	Qu'est-ce que vous faites déjà	Les lacunes ou les défis majeurs à relever ?	Opportunités ou solutions,	Idées nouvelles retenues
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Suivi / monitoring de la mise en oeuvre des interventions sur les soins attentifs</i> <p>Niveau opérationnel/ communautaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Existence de champions locaux (Ex: maris models, bisongos, GSAN...)</i> • <i>Existence des OBC, ASC polyvalents</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Absence et/ou faiblesse de la continuité des actions de santé</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prise en charge des ASC par le Gouvernement</i> • <i>Elaboration et mise en oeuvre d'un plan de communication</i> <p>Opportunités de financement</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>FBF, Partenariat avec le secteur privé, ressources domestiques</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Partenariat avec le secteur privé, confessionnel, OSC...</i> • <i>Adaptation des locaux et du système de scolarisation pour intégrer les cas des enfants handicapés...</i> • <i>Batir sur les plateformes existantes pour construire, compléter les actions sur les soins attentifs.</i>
Faire participer les familles et les communautés à la conception d'interventions de soins attentifs et créer une demande pour ces services	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La récolte de données auprès des communautés dans le but de développer ou encourager des interventions qui rentrent dans le cadre des soins attentifs</i> • <i>Les relais communautaires en partenariat avec les districts sont formés et sont chargés de dérouler des activités de stimulation, d'éveil, de protection, de santé/nutrition-exemple des groupes de jeux avec les parents.</i> • <i>Identification des membres de la communauté qui peuvent ensuite former d'autres membres de la communauté pour partager des messages clés</i> • <i>Identification et formation des femmes avec un bas niveau scolaire en tant qu'assistantes maternelles pour développer des services alternatifs de garderie au niveau communautaire. Cela</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le défi de la mise à échelle</i> • <i>Le défi de la rédévabilité et l'engagement des autorités locales pour que cette expérience puisse marcher</i> • <i>L'engagement des pères dans les soins apportés aux enfants au quotidien</i> • <i>Responsabilité des collectivités territoriales</i> • <i>Manque de connaissances et d'appropriation des problématiques de la petite enfance chez les personnel à tous les niveaux (services publics)</i> • <i>La durabilité des actions et le renforcement des capacités des communautés pour qu'ils puissent exiger la redevabilité des municipalités</i> 	<p>Opportunités:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Engagement de PTF (national et international)</i> • <i>Les greniers communautaires pour la contribution des communautés</i> • <i>La volonté politique et un environnement politique favorable</i> • <i>Utiliser les valeurs positives et les connaissances locales qui promeuvent les soins attentifs</i> <p>Solutions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Renforcement de capacités des collectivités territoriales pour plus de rédévabilité: la formation et la sensibilisation</i> • <i>Renforcer le plaidoyer pour plus de ressources financières au niveau étatique et pour l'accroissement de</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le partenariat public privé: PPP</i> • <i>L'expérience des crèches mobiles</i> • <i>La stratégie 'Papa Modèle'</i> • <i>Les soins humanisés</i> • <i>Une grille d'évaluation parentale des acquis et des compétences des jeunes enfants au sein de la famille</i> • <i>Soins pour les fournisseurs de soins: l'évaluation et la prise en charge du volet psycho-social</i>

THÉMATIQUE	Qu'est-ce que vous faites déjà	Les lacunes ou les défis majeurs à relever ?	Opportunités ou solutions,	Idées nouvelles retenues
	<i>est fait sous la supervision de prestataires et avec un appui technique des services étatiques. Les femmes auront ensuite un Certificat de Qualification de Base -CQB</i>		<i>l'investissement dans la petite enfance</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Création d'une plateforme multisectorielle déconcentrée et décentralisée</i> 	
Assurer la qualité, les possibilités de développement et la pérennité des interventions sanitaires pour les soins attentifs	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stratégies de qualité et promotion de l'excellence: Financement basé sur les résultats (indicateurs nutrition)</i> • <i>Implication du corps préfectorial dans les plates forms multisectorielles au Niveau décentralisé</i> • <i>PEP: Intégration des soins attentifs dans les interventions existantes (ASC GSAN soins primaires de santé, PCIMA)</i> • <i>Politiques, norms et protocole incluant les soins attentifs</i> • <i>URENI école (formation théorique et pratique sur la PCIMA)</i> • <i>Analyse situationnelle avec identification des goulots</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La multisectorialité (faible coordination et collaboration et le leadership</i> • <i>La mobilization des ressources domestiques</i> • <i>Le renforcement des capacités sur les soins attentifs à tous les niveaux de manière intégrée</i> • <i>Finaliser les évaluations de qualité des services SMNI et financer leur plan d'action</i> • <i>La prevalence élevée de l'anemie chez les enfants de moins de 5 ans</i> • <i>Implication du secteur privé</i> • <i>La recherche: insuffisance de recherche sur la petite enfance</i> • <i>Fort engagement des communautés, de la jeunesse</i> • <i>Améliorer la gouvernance (mise en place d'un système de rédevabilité)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Financements innovants:(l'exemple du GFF : mécanisme de financement dans la santé maternelle et infantile)</i> • <i>La CMU</i> • <i>Les filets sociaux</i> • <i>Le PPP</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Profiter des strategies de durabilité et de responsabilité sociale du secteur privé</i> • <i>Le développent du leadership du Niveau communautaire</i> • <i>Les disposition juridiques pour soutenir la mise en oeuvre des interventions de soins intentifs</i> • <i>Les TIC: Utilisation des TIC dans les interventions (mais aussi leur reglementation)</i> • <i>Le recensement et la conceptualization des jeux traditionnels</i>
Génération/partage des connaissances et suivi évaluation des soins attentifs	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Études anthropologiques sur les déterminants des pratiques et des comportements.</i> • <i>L'EDS du Cameroun (2018) a un contenu RC/EL. Non publié.</i> • <i>Les EDS & MICS de la RDC ont également ce contenu (soins répondant aux besoins et apprentissage précoce), avec en</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Habituellement, des données/statistiques quantitatives sont recueillies. Données non qualitatives.</i> • <i>Certains comportements n'évoluent pas avec le temps, malgré une prestation de services soutenue.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Il est possible d'intégrer les indicateurs de RC/EL dans le mécanisme de rétroaction communautaire.</i> • <i>Dhis2 a la possibilité d'inclure de nouveaux indicateurs.</i> • <i>Le Burkina a mis à l'essai un mécanisme de collecte de</i> 	Le mécanisme TRECC dans le CdI et l'engagement du secteur privé. Ce modèle peut-il être utilisé ailleurs ? Aimait le codage par couleurs de l'état mental maternel comme moyen facile de "quantifier" cette condition.

THÉMATIQUE	Qu'est-ce que vous faites déjà	Les lacunes ou les défis majeurs à relever ?	Opportunités ou solutions,	Idées nouvelles retenues
	<p><i>plus des questions sur le stress des soignants.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>São Tomé a également réalisé ces enquêtes.</i> • <i>Tous les pays disposent de données régulières sur la santé et la nutrition collectées via le HMIS.</i> • <i>Les indicateurs SMART du Niger comprennent des données sur l'alimentation complémentaire et d'autres sujets. La collecte des données pour l'enquête de 2019 sera effectuée sous peu.</i> • <i>En RDC, le Centre de connaissances sur la santé utilise l'information pour planifier et définir/concevoir des politiques. Il y a un bureau spécialisé et des liens avec le milieu universitaire.</i> • <i>En Côte d'Ivoire, le plan de développement sanitaire nous permet (?) de définir des stratégies à partir des informations et données disponibles.</i> • <i>Au Cameroun, il y a eu récemment un exercice de planification intégrée sur la nutrition, la vaccination et l'enregistrement des naissances. La planification a commencé par une analyse situationnelle basée sur les données existantes (y compris les données comportementales pour chaque élément), l'identification des</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La collecte des données est analogique. Doit être numérisé, car nous attendons parfois des mois avant que les données ne soient disponibles.</i> • <i>Même si les données sont recueillies correctement (ou par le biais de systèmes numériques), la qualité, la fiabilité et la fidélité des données posent des problèmes.</i> • <i>Il n'existe pas de données sur la qualité des services.</i> • <i>Dans les grands pays, les contextes sont souvent si variés et si différents qu'il est difficile de transposer les résultats de la recherche d'une partie du pays à une autre partie du pays.</i> • <i>Les données sont souvent recueillies verticalement selon les secteurs (p. ex., VIH), de sorte qu'il n'est pas possible d'analyser les données dans différents domaines.</i> • <i>Parfois, la capacité d'analyse des données est faible. Et même lorsque les données sont analysées, ce sont des données quantitatives. Souvent, une enquête supplémentaire est nécessaire pour recueillir des données qualitatives sur les déterminants.</i> • <i>Les fournisseurs de soins de santé ne sont pas informés des raisons pour lesquelles ils recueillent les données. Il peut</i> 	<p><i>données à partir de flux parallèles et de leur intégration au niveau des districts, afin que les données puissent être visualisées/analysées collectivement.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Un financement existe déjà pour bon nombre de ces activités et il faudrait une injection minimale de fonds pour intégrer les indicateurs RC/EL manquants.</i> • <i>Il y a de grandes universités et des universitaires présents dans tous les pays.</i> • <i>Il existe des possibilités de recherche opérationnelle.</i> • <i>Intégrer les évaluations formelles dans la conception de chaque intervention.</i> • <i>En ce qui concerne la Côte d'Ivoire, l'UE soutient le développement de plates-formes nutritionnelles plus solides (à la fois en AT et en \$).</i> • <i>Il y a des occasions de s'engager avec les donateurs et les partenaires : UNICEF, Banque mondiale, UE, etc.</i> • <i>La Banque internationale pour la reconstruction et le développement peut fournir des financements, ainsi que d'autres agences et organismes des Nations Unies.</i> 	<p>Le paquet CFC est une révélation.</p>

THÉMATIQUE	Qu'est-ce que vous faites déjà	Les lacunes ou les défis majeurs à relever ?	Opportunités ou solutions,	Idées nouvelles retenues
	<p>comportements "nuisibles" et la détermination des stratégies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a des orientations faites sur des indicateurs existants, des enquêtes planifiées, etc. • Il existe un mécanisme de rétroaction communautaire, en particulier pour les collectivités confrontées à l'adversité. 	<p>donc y avoir un manque d'appropriation des données recueillies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque secteur recueille ses propres données et il n'existe pas de cadre commun pour analyser les données correspondant au NCF. • Il n'y a pas d'indicateurs spécifiques au CR/EL. Et il n'y a pas d'indicateurs pour mesurer la qualité du counseling. • Souvent, les chercheurs et les universitaires ne se communiquent pas entre eux. 		
Soins attentifs adaptés aux besoins des adolescents	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes spécifiques • Plan stratégique multisectoriel • Standards des services pour les ado; • Centres amis des jeunes, • Stratégies de lutte contre le mariage des enfants, • Plan de maintien des filles à l'école par des LOIS votée • Programme d'éducation sexuelle complète (curriculum de formation coillègues et Lycée) • Programme de lutte contre la Toxicomanie (police, education, Santé, ONGs féminines): Gabon • Programmes HPV comme porte d'entrée pour une gamme de services aux ado • Supplémentation en Fer chez les adolescents (école et communauté) • Réseautage des structures 	<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes sont plus prévention que PEC • Accès limité aux services et soins aux adolescentes enceintes (Dimension genre, équité et droits humains) • Exclusion de la fille enceinte de l'école pour un délais • Absence de services spécifiques aux adolescentes enceintes dans certains pays mais les agents de santé bénéficient d'unrenf des cap pour mieux prendre • Absence de vision holistique de la santé des adolescents incluant la SR, la Nutrition, accompagnement psycho social alors que pendant l'adolescence (potential de croissance), ells sont émotionnellement fragiles <p>Adolescentes considérées comme mères et non plus comme enfant dès qu'elles sont enceintes avec</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience de l'importance du développement de la petite enfance (Outils disponibles à adapter aux contextes des pays) • Opportunités de financement à travers les partenariats et différents mécanismes de financements (GFF, MOSKOKA, GAVI, GF, Coopération bilatérales et coopération Sud-Sud etc; • Renforcement des programmes à assises communaitaires • Approche cycle de vie développée avec des réponses plus holistiques • Les Gouvernements investissent davantage dans la santé des adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux plateformes nationales pour l'apprentissage et la recherche pour permettre l'apprentissage par les pairs • Formation des communautés des bonnes pratiques • Multisectorialité à travers la coordination, la collaboration et l'intégration • Utilisation des TIC • Approche universelle, ciblée et sur indication

THÉMATIQUE	Qu'est-ce que vous faites déjà	Les lacunes ou les défis majeurs à relever ?	Opportunités ou solutions,	Idées nouvelles retenues
		<i>beaucoup de violences physiques et psychologiques dans la communauté et les familles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La prise en compte des dividendes démographiques et économiques dans les pays</i> • <i>Création des plateformes de partage des expériences et de bonne pratiques</i> • <i>Forte adhésion à la TIC (e-Report)</i> • <i>Adolescentes Ambassadeurs dans les domaines spécifiques et creation de réseaux</i> 	



MINISTRE DE LA SANTE

Atelier d'orientation pour les Pays Francophones d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique Centrale sur l'Opérationnalisation du Cadre de Soins Attentifs pour le Développement de la Petite Enfance



09 - 11 juillet 2019 - Hôtel RE-NDAMA Libreville, GABON.

